



Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico. ISSN: 2446-6778
Nº 2, volume 2, artigo nº 13, Julho/Dezembro 2016
D.O.I: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v2n2a13>

SISTEMATIZAÇÃO DA ENFERMAGEM NA DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES

Élida de Souza Santos da Rocha¹
Enfermeira

Clara dos Reis Nunes²
Bióloga, Especialista em Análises Clínicas e Gestão de Laboratórios, Mestre e Doutora
em Produção Vegetal / Química de Alimentos

Mônica da Silva L. Viveiros D. Cardoso³
Enfermeira, Especialista em Enfermagem de Alta Complexidade, Mestre em Terapia
Intensiva.

Elaine Aparecida Rodrigues de Oliveira Marinho⁴
Enfermeira, Especialista em Gestão de Vigilância Sanitária, Mestre em Tecnologia
Educativa nas Ciências da Saúde.

Rafael Santos Batista⁵
Enfermeiro, Especialista em Enfermagem no Centro de Terapia Intensiva e em Enfermagem
do Trabalho.

Resumo

A adolescência é uma fase de conflitos e de transformações corporais, muita das vezes levando as adolescentes a iniciarem suas atividades sexuais cada vez mais cedo, resultando em gravidez não planejada e de risco para algumas complicações, dentre elas a Doença Hipertensiva Específica da Gestação. Nesse sentido, o presente trabalho objetivou analisar a sistematização da enfermagem na abordagem a gestantes menores de 18 anos com Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, principalmente em relação ao cuidado, visto ser de extrema importância para auxiliar no processo de promoção da saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Trata-se de uma revisão bibliográfica na qual foram

¹Faculdade Redentor, Curso de Enfermagem, Campos dos Goytacazes – RJ, elida.gt@hotmail.com

²Faculdade Redentor, Curso de Enfermagem, Campos dos Goytacazes – RJ, clara_biol@yahoo.com.br

³Faculdade Redentor, Curso de Enfermagem, Campos dos Goytacazes – RJ, monicaviveiros@yahoo.com.br

⁴Faculdade Redentor, Curso de Enfermagem, Campos dos Goytacazes – RJ, elaineaparecidarom@hotmail.com

⁵Faculdade Redentor, Curso de Enfermagem, Campos dos Goytacazes – RJ, rafafaelsb@yahoo.com.br

analisados artigos encontrados em bases de dados (tais como Scielo, Web of Science, Science Direct, Bireme, entre outros) e livros publicados de 2000 a 2016, disponíveis na íntegra. Para a busca nas bases de dados, foram utilizados as palavras-chave: enfermagem, assistência, hipertensão, gestação e adolescentes. Verificou-se que se faz necessário primordialmente traçar ações de implementações na assistência de enfermagem a gestantes adolescentes baseada nos fatores de risco das complicações mais frequentes, pensando em DHEG. Conclui-se que há a necessidade de que os enfermeiros desenvolvam ações pautadas na humanização de modo que se obtenha uma assistência qualificada focada na redução a incidência de morbidades em adolescentes grávidas portadoras da Doença Hipertensiva Específica da Gestação.

Palavras chaves: adolescentes; complicações; gestantes; hipertensão.

Abstract

Adolescence is a phase of conflict and bodily transformation, often leading adolescents to initiate their sexual activities earlier and earlier, resulting in unplanned pregnancies and a risk for some complications, including Specific Hypertensive Disease of Gestation. In this sense, the present work aimed to analyze the nursing systematization in the approach to pregnant women under 18 years of age with Specific Hypertensive Disease of Pregnancy, especially in relation to care, since it is extremely important to assist in the process of health promotion and quality of life of individuals. It is a bibliographical review in which articles found in databases (such as Scielo, Web of Science, Science Direct, Bireme, among others) and books published from 2000 to 2016 are available in full. To search the databases, the following keywords were used: nursing, care, hypertension, gestation, and adolescents. It was verified that it is necessary to firstly map nursing care implementations to adolescent pregnant women based on the risk factors of the Complications, thinking about DHEG. It is concluded that there is a need for nurses to develop actions based on humanization in order to obtain qualified assistance focused on reducing the incidence of morbidities in pregnant adolescents with Specific Hypertensive Disease of Gestation.

Key words: adolescents; complications; pregnant women; hypertension.

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão na gravidez constitui um dos problemas de maior morbidade e mortalidade materno-fetal. Nesse sentido, a importância dos cuidados de enfermagem no período pré-natal é indiscutível visando à minimização dos problemas da Hipertensão na Gravidez principalmente em adolescentes.

Mion (2006) enfatiza que a hipertensão arterial apresenta alta prevalência na população brasileira, influenciando na gênese de doenças cerebrovasculares, coronarianas, doença de retina, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doenças vasculares. O reconhecimento do aumento da prevalência da hipertensão arterial na população jovem e de suas possíveis complicações na vida adulta tem implicações importantes para a prevenção de doenças crônicas, em especial as cardiovasculares. Além disso, os problemas de saúde na gravidez podem constituir uma ameaça para a mulher e para o feto caracterizando

gestações de alto risco (FERREIRA e CAMPANA, 2004).

A gravidez, neste grupo populacional, vem sendo considerada, em alguns países, problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psico-sociais e econômicos.

Quanto à evolução da gestação, existem referências à maior incidência de hipertensiva específica da gravidez, anemia materna, desproporção céfalo-pélvica, infecção urinária, prematuridade, placenta prévia, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal agudo intra-parto, complicações no parto (lesões no canal de parto e hemorragias) e puerpério (endometrite, infecções, deiscência de incisões, dificuldade para amamentar, entre outros) (RIBEIRO *et al.*, 2003).

No entanto, Nascimento *et al.* (2015) sustentam a idéia de que, a gravidez pode ser bem tolerada pelas adolescentes, desde que elas recebam assistência pré-natal adequada, ou seja, precocemente e de forma regular, durante todo o período gestacional, o que nem sempre acontece, devido a vários fatores, que vão desde a dificuldade de reconhecimento e aceitação da gestação pela jovem até a dificuldade para o agendamento da consulta inicial do pré-natal.

Segundo Ferreira e Campana (2004), a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é o distúrbio mais comum na gestação, classificado em pré eclampsia e eclampsia. Contudo, algumas gestantes com hipertensão ou pré eclampsia são assintomáticas, podendo apresentar pequeno, pouco ou nenhum edema periférico após o repouso na cama. Por esse motivo, a elevação da pressão sanguínea sistólica de 30 mmHg ou diastólica de 15 mmHg é também um sinal a ser investigado. Dentre os diagnósticos diferenciais para a DHEG estão a proteinúria e o edema.

Neste contexto, o objetivo do presente trabalho foi analisar a sistematização da enfermagem na abordagem a gestantes menores de 18 anos com Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, principalmente em relação ao cuidado, visto ser imprescindível para auxiliar no processo de promoção da saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica na qual foram analisados artigos disponibilizados em bases de dados (tais como Scielo, Web of Science, Science Direct, Bireme, entre outros) e livros publicados de 2000 a 2016, disponíveis *na íntegra*, no idioma português, a partir dos descritores: doença hipertensiva, gestacional e adolescente. Foi feita uma busca exploratória e, após, a leitura e análise criteriosa das informações.

Ressalta-se que uma correta abordagem na sistematização permite identificar fatores de risco e combatê-los de maneira mais efetiva, através de ações específicas e assistência de enfermagem no controle de Doença Hipertensiva Específica da

Gravidez em adolescentes. Logo, é extremamente importante contribuir na promoção da qualidade de vida e bem estar da população e o profissional de enfermagem tem um papel fundamental nesse processo.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Conceitos Diagnósticos

2.1.1 Hipertensão

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90 mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2013).

O termo “hipertensão na gravidez” é usualmente utilizado para descrever desde pacientes com discreta elevação dos níveis pressóricos até hipertensão grave com disfunção de vários órgãos. Define-se Hipertensão induzida pela gestação sempre que houver pressão arterial alta (níveis de pressão maiores que 140x90 mmHg) em gestantes. A hipertensão induzida pela gestação refere-se ao aparecimento da hipertensão em consequência da gestação, ocorrendo após as 20 semanas de gestação e desaparecendo até seis semanas após o parto (BRASIL, 2013).

Entre os diversos indicadores de risco que contribuem para o desenvolvimento da hipertensão arterial em crianças e adolescentes, Oliveira (1999) destaca: os níveis iniciais elevados de pressão arterial, a história familiar, a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo e o etilismo. Além disso, crianças com níveis de pressão arterial elevados apresentam maior probabilidade de se tornarem adultos portadores de hipertensão arterial.

É importante salientar que a hipertensão arterial pode ser uma entidade pré-existente, ou seja, ao invés de ser induzida pela gravidez pode ser: hipertensão arterial que antecede a gravidez e persiste após o parto; agravada pela gravidez: hipertensão prévia e/ou subclínica que se agrava com a gravidez; ou ainda, transitória: hipertensão que se desenvolve após a primeira metade da gestação e caracteriza-se por elevação leve da pressão arterial, sem prejuízo para a gravidez (BRASIL, 2013). Em todos os casos, o profissional de enfermagem tem um papel fundamental no exercício do cuidado e assistência à todos os indivíduos.

2.1.2 Proteinúria

Um dos dados clínicos mais comuns é a proteinúria, a qual é caracterizada pela perda de proteínas pela urina, geralmente a presença de 300 mg ou mais de proteína

excretada na urina no período de 24 horas. Esta perda é sinal laboratorial importante das síndromes hipertensivas na gravidez. Pode ocasionalmente aparecer antes da hipertensão como manifestação de patologia renal vigente ou subclínica, sem a presença de hipertensão ou associada a ela. Nesta última situação é condição clínica que define o diagnóstico de pré-eclâmpsia (NEME, 2005).

De acordo com Melo (2012), a proteinúria pode, ocasionalmente, aparecer antes da hipertensão como manifestação de patologia renal vigente ou subclínica, sem a presença de hipertensão ou associada a ela. Nesta última situação é condição clínica que define o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Durante uma gestação sem ocorrências, a pressão sanguínea permanece normal e não há proteína na urina. Os distúrbios hipertensivos da gestação variam em gravidade, bem como os achados clínicos, o que torna a avaliação da enfermagem muito importante para o controle das condições dessa gestante.

2.1.3 Edema

Conforme Silva (2011), o edema consiste em um acúmulo anormal de líquido no compartimento extracelular intersticial ou nas cavidades corporais devido ao aumento da pressão hidrostática, diminuição da pressão coloidosmótica, aumento da permeabilidade vascular (inflamações) e diminuição da drenagem linfática. É constituído de uma solução aquosa de sais e proteínas do plasma e sua composição varia conforme a causa do edema. Quando o líquido se acumula no corpo inteiro diz-se que é um edema generalizado.

Para Bernardis (2009) o termo edema significa um acúmulo anormal de líquido no espaço localizado entre as nossas células, conhecido como interstício. Esse líquido é composto pela água e sais minerais do plasma sanguíneo, ou seja, é um ultrafiltrado do plasma, já que esse é composto por outras substâncias. O mecanismo básico que envolve o processo de geração do edema consiste em alterações, em um ou mais, componentes do conjunto de forças que determinam o movimento de fluido através da membrana dos capilares.

O surgimento de edema em algumas ou todas as gestações na maioria das grávidas normais pode mostrar presença de edema postural das extremidades inferiores, que desaparecem caracteristicamente depois de repouso deitada ou simplesmente elevando os membros inferiores por curto intervalo. Um ganho de peso acima de 500 g em uma semana significa retenção de água e pode ser uma manifestação de edema oculto (MELO, 2012).

O edema é considerado um sinal de alerta e não mais como sinal clínico necessário para diagnosticar a DHEG. Isso se baseia na ocorrência de edema em

80% do total das gestantes. Ele pode ocorrer a qualquer momento na gestação, mas é mais comum a partir do final do segundo trimestre, ou seja, a partir do final do quinto mês de gestação e aumenta durante o terceiro trimestre, ou seja, a partir do final do quinto mês de gestação e aumenta durante o terceiro trimestre (MELO, 2012).

Para Silva (2011), quando o acúmulo de líquidos é excessivo e vem acompanhado de aumento na pressão arterial ou perda de proteínas pela urina, é um sinal de alerta para a gestante, sendo necessário repouso com elevação dos membros inferiores, bastante hidratação hídrica, controle da pressão arterial se apresentar níveis superiores a 140X90 mmHg fundamentalmente com acompanhamento médico. Sendo assim, é muito importante estar atento aos indícios diagnósticos para a DEHG a fim de se evitar maiores complicações.

2.2 Gravidez na Adolescência

A adolescência é uma etapa evolutiva e de transição da infância à idade adulta, envolvida por uma série de transformações físicas, psíquicas, biológicas e sociais (RIBEIRO, 2002). É descrita pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) como sendo a etapa de vida correspondente à faixa etária entre 12 a 18 anos (ECA, 1990) e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como a fase dos 10 aos 19 anos de idade (FRANÇOSO *et al.*, 2006).

Phipps e Sower (2002) afirmam que a adolescência corresponde ao período da vida entre os 10 e 19 anos, no qual ocorrem profundas mudanças, caracterizadas principalmente por crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social.

Em relação à problemática da gravidez precoce nos países em desenvolvimento, há quatro décadas tem sido verificada a participação efetiva da faixa etária adolescente no aumento da fecundidade. Pesquisas relacionadas à gestação e à maternidade na adolescência têm mostrado alta prevalência de iniciação sexual precoce e pouca utilização de métodos contraceptivos, levando, como consequência, ao aumento da incidência de gestação não planejada entre adolescentes, principalmente na faixa de menores de 16 anos (OPS/UNICEF, 2008).

Para as sociedades em geral, a gravidez nesta etapa da vida reprodutiva representa um instigante desafio, pois surge como um evento precoce e inoportuno, que compromete a perspectiva de se alcançar a promoção de saúde integral dos adolescentes e o desenvolvimento da juventude (SILVA, 2001).

Em vários países a gravidez na adolescência é considerada o maior problema de saúde pública referente a essa faixa etária. Os fatores responsáveis são: redução da idade

da menarca; maior liberdade sexual com diminuição da idade para início da vida sexualmente ativa; falha na educação sexual, implicando em falta de conhecimentos sobre concepção e a escassez de serviços de planejamento familiar (GIMENEZ *et al.*, 2000).

A adolescência é uma fase bastante conturbada na maioria das vezes, em razão das descobertas, das ideias opostas às dos pais e irmãos, da formação da identidade, de ser a fase na qual as conversas envolvem namoro, brincadeiras e tabus. É uma fase do desenvolvimento humano que está entre infância e a fase adulta. Muitas alterações são percebidas na fisiologia do organismo, nos pensamentos e nas atitudes desses jovens.

Nessa perspectiva, a gravidez é o período de crescimento e desenvolvimento do embrião na mulher e envolve várias alterações físicas e psicológicas, desde o crescimento do útero e alterações nas mamas até preocupações sobre o futuro da criança que ainda irá nascer. São pensamentos e alterações importantes para o período.

Para Gomes *et al.* (2002), a maternidade na adolescência, frequentemente não planejada e indesejada, é referida como um impacto negativo nas condições físicas, emocionais e econômicas das adolescentes, afetando completamente seu modo de vida. A maioria das adolescentes abandona os estudos para cuidar da criança, ocorrendo aumento dos riscos de desemprego, mudança de estrato sócio- econômico e dependência econômica dos familiares, perpetuando-se assim, a pobreza, educação limitada, abuso e violência familiar tanto à mãe quanto à criança.

A gravidez na adolescência é considerada de alto risco, uma vez que ela está sujeita a maior incidência de complicações na gestação, parto e puerpério, intensificando-se ainda mais quando a mãe pertence a uma classe social menos favorecida, consequências estas que podem aumentar a incidência de prematuridade e baixo peso ao nascer (MARIOTONI e BARROS, 2000).

Adolescência e gravidez, quando ocorrem juntas, podem acarretar sérias consequências para todos os familiares, mas principalmente para os adolescentes envolvidos, pois envolvem crises e conflitos. O que acontece é que esses jovens não estão preparados emocionalmente e nem mesmo financeiramente para assumir tamanha responsabilidade, fazendo com que muitos adolescentes saiam de casa, cometam abortos, deixem os estudos ou abandonem as crianças sem saber o que fazer ou fugindo da própria realidade (LAY-ANG, 2010).

Fraser *et al.* (2002) afirma que a gravidez na adolescência tem sido associada a uma frequência aumentada de resultados obstétricos adversos, tais como baixo peso ao nascer, parto prematuro, morte materna e perinatal, pré-eclâmpsia e parto cirúrgico. Não se sabe se estas complicações são relacionadas a fatores biológicos ou socioeconômicos. No entanto, outros relatos sugerem que gestantes adolescentes apresentam resultados obstétricos

favoráveis e não devem ser consideradas de alto risco (RAMAHI e SALEH, 2006).

Entretanto, Costela e Kalil (2003) afirmam que nem toda gravidez na adolescência é de alto risco obstétrico. Na literatura clássica costuma-se relacionar gravidez na adolescência com maior incidência de doença hipertensiva específica da gravidez, prematuridade e baixo peso, entre outras alterações, mas não se deve esquecer que o risco gestacional está relacionado a aspectos clínicos, obstétricos, culturais e socioeconômicos, sendo de natureza multifatorial.

Observa-se que há, especialmente, pouca informação acerca da dúvida se adolescentes mais jovens (precoces) teriam prognóstico obstétrico semelhante ou não ao das adolescentes mais velhas (tardias). Estudos sobre grávidas adolescentes, tipicamente, limitam sua população à idade de 15 a 19 anos, enquanto informações sobre mulheres mais jovens aparecem somente em estatísticas agregadas. Os poucos estudos que incluíram adolescentes mais jovens não possuem conclusões homogêneas em relação aos riscos associados à concepção nessa população. Isto pode refletir inconsistência na definição do limite para considerar a adolescente precoce (PHIPPS e SOWER, 2002).

Segundo Silva e Santos (2010) a qualidade da atenção prestada às adolescentes é primordial para a manutenção da saúde e prevenção de agravos e constitui grande desafio para os serviços de saúde, principalmente no que se refere à gestação na adolescência. A organização dos serviços de saúde deve favorecer o acesso da adolescente grávida a ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e doenças, respeitando os princípios organizativos e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Silva (2001) destaca que as adolescentes grávidas são especialmente mais vulneráveis à ocorrência de agravos durante a gestação, tais como a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), por acumularem características desfavoráveis, como, por exemplo, a imaturidade de órgãos e sistemas, a desinformação e dificuldade de acesso ao sistema de saúde. Esse agravo é considerado, a principal causa de morbimortalidade materna e mortalidade perinatais, pois cerca de 5 a 10% das gestações são complicadas pela Hipertensão Arterial. Desta forma, é de suma importância a correta assistência às gestantes adolescentes visando seu cuidado, bem como seu bem estar físico e mental.

2.3 Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)

A gravidez é um processo natural e dinâmico que envolve diversas mudanças fisiológicas, em mulheres normotensas. No entanto, muitos desafios podem surgir durante este período, um deles está relacionado às Síndromes Hipertensivas da Gravidez (DHEG) como a pré-eclâmpsia leve, a pré-eclâmpsia grave, a eclâmpsia e a síndrome Hellp - (H) hemólise (el) enzimas hepáticas elevadas (lp) baixa contagem de plaquetas, ou CID (coagulação intravascular disseminada) (ANGONESI e POLATO, 2010).

Verifica-se que a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é o distúrbio mais comum na gestação. As síndromes hipertensivas que acometem as gestantes são habitualmente classificadas em: Hipertensão gestacional; Pré-eclâmpsia; Hipertensão arterial crônica e Pré-eclâmpsia sobreposta (OLIVEIRA *et al.*, 2006). Medidas preventivas adotadas durante o pré-natal garantem um bom prognóstico materno-fetal. Sendo assim, é importante o conhecimento do profissional para melhor capacitação e êxito.

Conforme Angonesi e Polato (2010) e Guideline (2008), a definição de hipertensão na gravidez é: pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg (definição de PA diastólica K5 = 5º ruído de Korotkoff = desaparecimento da bulha).

A etiologia da DHEG é desconhecida, mas numerosos fatores e teorias têm sido sugeridos para explicar sua causa, porém a maioria não tem sido confirmada. Aspectos imunológicos, genéticos e falha na placentação são aceitos unanimemente (FILHO & CORRÊA, 2005). De acordo com Angonesi e Polato, (2007), a toxemia gravídica ou Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), é a complicação médica de maior relevância durante o período gravídico-puerperal. Caracteriza-se, em grávida normotensa, após a vigésima semana de gestação, pelo aparecimento da tríade sintomática: hipertensão, proteinúria e edema.

É uma doença incurável, exceto pela interrupção da gravidez, e pode evoluir para quadros ainda mais complexos, como eclâmpsia, síndrome de Haemolysis, elevated liver enzyme activity, low platelets (HELLP) ou coagulação intravascular disseminada – CID (DUSSE *et al.*, 2001).

Spada (2005) afirma que DHEG é a principal causa de óbito materno no Brasil e a segunda nos Estados Unidos. Acomete principalmente primíparas e é caracterizada pela tríade de hipertensão, edema e proteinúria. Para Gonçalves *et al.* (2005), a DHEG, também denominada pré-eclâmpsia, é caracterizada pela tríade: edema, proteinúria e hipertensão arterial. É uma síndrome que acontece no final do 2º trimestre da gestação e persiste durante todo o período gestacional, impondo, desta forma, assistência pré-natal de qualidade, já que este quadro clínico apresenta gravidade de intensidade variável.

No Brasil, a hipertensão gestacional representa a entidade clínica de maior obituário perinatal, acarretando, ainda, substancial número de neonatos vitimados, quando sobrevivem aos danos da hipóxia perinatal. Conforme dados do Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS) - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), a razão da mortalidade materna (RMM) para 2011 foi de 64,8/100.000 nascidos vivos, apontando a hipertensão como sendo uma das maiores causas de morte materna no país, conforme mostra Tabela 1 (DATASUS, 2016).

Tabela 1: Prevalência de Hipertensão Arterial em adultos (18 anos ou mais) por ano segundo regiões

brasileiras.

Região (capitais)	2012	Informações Estatísticas	Total	Informações Estatísticas
Região Norte	18,7	IC=(17,4-20,0)	18,7	IC=(17,4-20,0)
Região Nordeste	23,9	IC=(23,0-24,9)	23,9	IC=(23,0-24,9)
Região Sudeste	25,8	IC=(24,3-27,3)	25,8	IC=(24,3-27,3)
Região Sul	24,7	IC=(23,2-26,1)	24,7	IC=(23,2-26,1)
Região Centro-Oeste	24,1	IC=(22,7-25,4)	24,1	IC=(22,7-25,4)
Total	24,3	IC=(23,6-25,1)	24,3	IC=(23,6-25,1)

Fonte: MS/SVS/CGDANT (DATASUS, 2016).

IC_{95%}- Intervalo de Confiança ($\alpha = 0,05$), levando-se em consideração o efeito do desenho do estudo.

Percebe-se, então, que a gravidez na adolescência vem adquirindo proporções significativas. Estima-se que de 20 a 25% do total de gestantes no Brasil sejam adolescentes, ou seja, em média, há uma adolescente entre cada cinco mulheres grávidas. Dados do Datasus nos últimos dois anos no Brasil mostram que a incidência da gravidez nesta faixa etária conta com cifras que vão de 16,27 a 25,96%. Em estudo que analisa dados relativos à América Latina, observa-se que entre os 25% mais pobres da população um de cada três nascimentos origina-se de mãe adolescente, e nas áreas rurais, essa proporção é ainda maior: 40% (KLIKSBURG, 2006).

Todavia, se faz necessário um acompanhamento com o médico obstetra de confiança baseado nas consultas periódicas onde se realize os exames complementares gestacionais de modo a garantir a saúde da adolescente grávida. De acordo com Viera *et al.* (2006) os Serviços de Saúde Nacionais não se encontram preparados para prevenir nem para atender essas pacientes adolescentes. A assistência ao adolescente na área da saúde sexual e reprodutiva ainda é inadequada, não existindo ações voltadas a essa população em processo de abortamento. Jovens que não são acolhidas adequadamente com frequência engravidam novamente. Entre as dificuldades que se constataram como barreira à promoção da saúde do adolescente, está indicada a inexistência de políticas e programas eficientes que os atendam.

Saito e Leal (2007) afirmam que se deve propiciar à adolescente acesso a serviços de saúde que ofereçam um atendimento integral, preventivamente antes de seu primeiro intercurso, garantindo-lhes privacidade, confiabilidade e apoio, sem emitir juízo de valor. Além disso, os profissionais de saúde, como os da Enfermagem, devem estar habilitados a oferecerem tal atenção.

Nesse contexto, os enfermeiros responsáveis pela assistência da gestante têm grande responsabilidade quanto ao reconhecimento e tratamento dos sintomas precoces como também na instrução das pacientes a respeito dos sinais e sintomas, que devem ser informados imediatamente.

Os distúrbios hipertensivos da gestação variam em gravidade, bem como os achados

clínicos, o que torna a avaliação da enfermagem muito importante para o controle das condições dessa gestante. Durante uma gestação sem ocorrências, a pressão sanguínea permanece normal e não há proteinúria. Porém, quando há DHEG, o primeiro distúrbio da é a vasoconstrição arterial periférica e o espasmo dos vasos, levando a alterações em diversas funções orgânicas maternas. O espasmo das arteríolas leva ao aumento do nível de pressão sanguínea e, finalmente, ao decréscimo do fluxo sanguíneo ao útero e à placenta. Ocorre também uma alteração nos rins, onde as modificações vasculares renais vão causar uma diminuição do fluxo sanguíneo renal, uma redução na velocidade de filtração glomerular e a conseqüente proteinúria. As mudanças no sistema nervoso central podem incluir o edema cerebral, que provoca cefaleia e distúrbios de visão. Com o agravamento do problema, desenvolve-se a hiperatividade do reflexo patelar. As alterações hepáticas incluem aumento do fígado e de tensão na cápsula hepática. Essas alterações provocam dor epigástrica, podendo preceder a eclampsia (FERREIRA e CAMPANA, 2004).

Duarte *et al.* (2003) afirmam que DHEG provoca danos à saúde da mãe e do filho, principalmente quando se instalam as formas severas da doença. Dentre os fatores que contribuem para o desencadeamento desse processo destacam-se: as condições socioeconômicas precárias, aspectos do peso da mãe antes e durante a gestação, maternidade precoce, baixo nível de escolaridade, deficiência em cuidados pré-natais e comportamentos de risco como o consumo de bebidas alcoólicas (MOTTA *et al.*, 2005)

Para Viçosa *et al.* (1999) fica claro que as adolescentes grávidas necessitam de atenção especializada e, para tanto, têm sido criados programas de assistência pré-natal específicos para este grupo, os quais buscam, através de uma equipe multidisciplinar, implementar uma assistência pré-natal integral e incrementar a autoestima, fundamental quando se pretende formar uma família e oferecer amparo, com tolerância e flexibilidade, diminuindo, assim, a ansiedade da gestante, o que favorece e consolida seu papel de mãe. Entretanto, muitas adolescentes não têm tido acesso a esses programas, ainda escassos no país (MARTINEZ *et al.*, 1992).

Nesse contexto, os enfermeiros responsáveis pela assistência da gestante têm grande responsabilidade quanto ao reconhecimento e tratamento dos sintomas precoces como também na instrução das pacientes a respeito dos sinais e sintomas, que devem ser informados imediatamente.

2.4 Sistematização da Assistência de Enfermagem na DHEG

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a utilização de métodos e estratégias para a identificação das situações de saúde/doença, que embasam as ações de assistência de Enfermagem e que contribuem para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e

comunidade (NERY, 2013).

De acordo com Nery (2013), a maternidade é um momento especial na vida de qualquer mulher e promover segurança, apoio, informar sobre esse momento é dever do profissional de saúde. Nessa fase, a mulher passa por uma série de alterações fisiológicas, que geram curiosidade, insegurança, medo e ansiedade. Cabe ao enfermeiro o papel de orientar essa gestante no sentido de promover uma evolução segura e saudável. Alterações essas que geram expectativas em torno da assistência de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal, principalmente quando estas são portadoras de gestação de alto risco.

Na assistência à adolescente grávida, o diagnóstico precoce é essencial para a avaliação e o controle permanente do risco desde o início da gestação. Ribeiro (2003) enfatiza que a maternidade precoce está correlacionada com o pior prognóstico materno fetal, sendo responsável por altos índices de partos prematuros (de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional) e representa risco potencial de morte materna (cerca 60 vezes maior do que mulheres na faixa etária de 20 a 24 anos de idade).

Em concordância, Oliveira (2007) enfatiza que na assistência à adolescente grávida, o diagnóstico precoce é essencial para a avaliação e o controle permanente do risco desde o início da gestação. A assistência deve assegurar que a gravidez transcorra sem intercorrências, prepará-la para o parto e para a maternidade. O modelo ideal consiste em acompanhamento continuado das adolescentes por equipes multidisciplinares, envolvendo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas, sob a forma de atendimento individual e de grupo (OLIVEIRA, 2007).

Essa realidade reforça o pressuposto de que a educação e a assistência especializada devem estar cada vez mais presentes na vida dessas jovens. Todavia, muitas das práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros mantêm este enfoque educativo-preventivo, mas sem incorporar a compreensão dos fatores determinantes dos problemas de saúde ou, ainda, as necessidades e saberes da população trabalhada (ACIOLI, 2008).

É a partir da sistematização da assistência que o paciente poderá ser visto de maneira holística, mais humana e individual. Dessa forma, pode-se afirmar que a SAE é uma estratégia por meio da qual a Enfermagem desenvolverá um trabalho humanizado, qualificado e individualizado (NERY, 2013).

Logo, a enfermagem deve estar atenta às necessidades mais presentes na adolescente, em sua família e no recém-nascido, proporcionando uma assistência individualizada e humanizada, baseado nas possíveis manifestações da doença, provendo um ambiente favorável ao desenvolvimento do cuidado materno, desde o pré-natal, inserindo todo contexto familiar nesse processo. Ressalta-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem só pode ser realizada a partir do Processo de Enfermagem, que permite ao enfermeiro conhecer a fundo seu paciente, perceber suas reais e mais importantes necessidades e traçar intervenções para a resolução destas (CABRAL, 2014).

É necessário, portanto, que os profissionais atuem junto a essas adolescentes de modo mais efetivo, assegurando, assim, que elas adquiram condições favoráveis à adoção de hábitos de vida mais salubres. Cabe ao enfermeiro o papel de orientar essa gestante no sentido de promover uma evolução segura e saudável. Alterações essas que geram expectativas em torno da assistência de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal, principalmente quando estas são portadoras de gestação de alto risco.

Segundo Esteves (2011), é possível compreender que o enfermeiro possui formação e competência para aplicar seus conhecimentos técnicos científicos na prática assistencial, visando ao cuidar realizado de forma coerente e coesa. No pré-natal, por exemplo, o é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2010).

2.4.1 Diagnósticos de Enfermagem

De acordo com Nanda (2016-2018), a partir de características definidoras e fatores relacionados à hipertensão gestacional e pré eclampsia, encontrados na avaliação de enfermagem, podem ser obtidos os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Medo relacionado à gestação;
- Conhecimento deficiente sobre seu estado de saúde;
- Ansiedade relacionada à mudança no estado de saúde.
- Padrão do sono perturbado;
- Privação do sono relacionada à ansiedade, à mudança de ambiente e ao desconforto físico;
- Alteração da imagem corporal;
- Volume de líquidos excessivo relacionado à edemas;
- Risco de infecção relacionado aos procedimentos invasivos,
- Dor aguda, relacionada a agentes lesivos (biológicos, físicos, psicológicos),
- Padrão da sexualidade alterado;
- Processos familiares interrompidos
- Baixa auto-estima situacional relacionada a gravidez,
- Risco de função hepática prejudicada relacionada à complicação da DHEG,
- Eliminação urinárias e vesico intestinais prejudicadas.

Reiners *et al.* (2009), afirma que é papel do enfermeiro, numa relação terapêutica, é conversar com a mulher gestante e, sempre que possível, com seu companheiro, sobre as mudanças vivenciadas nesse período, dando-lhes oportunidade de verbalizar seus

sentimentos e percepções, bem como suas dúvidas e preocupações.

Para Ferreira e Campana (2004), além da assistência prestada pelo Enfermeiro durante o período de pré-natal, parto e puerpério, é fundamental que este profissional tenha a compreensão do processo da doença hipertensiva, da relevância dos sinais clínicos, como também é importante o conhecimento da etiologia e fisiopatogênia. Dentre os principais cuidados relacionados à assistência de enfermagem na DHEG podem-se citar: avaliação rigorosa dos sinais vitais de 2 em 2 horas, avaliação constante do débito urinário, verificação dos reflexos, controle dos batimentos cardíaco-fetal, orientar decúbito lateral esquerdo, atentar-se para cefaleia, distúrbio visual, dor epigástrica e nível de consciência.

Nesse processo, é também de suma importância o trabalho do enfermeiro em conjunto com o médico fazendo a identificação dos sinais e sintomas e prestando assistência imediata. Sabe-se que as complicações da hipertensão gestacional são passíveis de prevenção com a ampliação da cobertura pré-natal e a preparação do pessoal de assistência, incluindo atenção primária, diagnóstico precoce de pacientes de alto risco (SAVIATO *et al.*, 2008). Logo, na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares e pessoais, ginecológicos e obstétricos e a atuação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação da cabeça e pescoço, tórax, abdome, membros e inspeção de pele e mucosas, seguindo por exame ginecológico e obstétrico (BRASIL, 2010).

A tríade edema, proteinúria e hipertensão, sinais clássicos da DHEG, deve ser identificada pelo enfermeiro na UBS, o qual é o mais hábil profissional para fazer os primeiros atendimentos e o encaminhamento para o acompanhamento de gestantes de alto risco. Barbastefano e Vargens (2009) afirmam que diante da gestante com DHEG é fundamental o trabalho do enfermeiro com o médico, a prioridade no atendimento, a solicitação de exames com urgência e, de imediato, o controle da pressão arterial.

2.4.2 Prescrição de Enfermagem

Quando a gestante é conduzida ao médico pelo enfermeiro e é feito o diagnóstico de que possui a DHEG, ela passa a ser considerada como gestante de alto risco e é encaminhada pela UBS de origem para a unidade especializada que este município oferece a população, mas a gestante continua mantendo suas consultas regulares de pré-natal na UBS de origem. Nesse contexto, as orientações dadas às gestantes pelos enfermeiros são muitíssimo importantes, pois os profissionais orientam a respeito do que é a DHEG de forma simples e também a não faltar nas consultas de pré-natal para que o acompanhamento seja feito sem nenhuma interrupção, além da orientação para a abstenção de fumo, álcool e sobre a terapia medicamentosa.

As principais intervenções de enfermagem são:

- Explicar a gestante e sua acompanhante o processo patológico e a necessidades de períodos de repouso em lateral esquerdo;
- Permitir tempo pras perguntas da paciente ou acompanhante;
- Manter o ambiente tranquilo;
- Estar atento aos sinais vitais (em especial a pressão arterial);
- Instruir quanto a importância de relatar sintomas tais como cefaleia, alterações visuais, tonteira e dor epigástrica;
- Disponibilizar todo suporte emocional a esta gestante bem como familiares /eou acompanhante.

Baseado nessas intervenções de enfermagem se faz necessário uma assistência sistematizada pautada diretamente nos cuidados a acerca do controle da hipertensão arterial nesta clientela, seguindo as seguintes ações:

- Promoção da segurança, apoio, informar sobre esse momento.
- Manter equipe de saúde treinada;
- Acolhimento desde o início da gestação até o final;
- Encaminhamento ao serviço de referência;
- Aferição sinais vitais a cada 2 horas;
- Avaliação constante do débito urinário,
- Verificação dos reflexos, controle dos batimentos cardíacos;
- Orientar decúbito lateral esquerdo;
- Aferição da PA com a gestante em posição sentada;
- Atentar-se para cefaleia, distúrbio visual, dor epigástrica e nível de consciência;
- Controle de peso;
- Promoção de ambiente limpo, sem ruídos e com pouca iluminação;
- Orientação sobre o parto;
- Orientação sobre planejamento familiar;
- Manter registro preciso da ingestão e da eliminação,
- Monitorar o estado de hidratação (mucosas úmidas adequação das pulsações e pressão sanguínea ortostática),
- Monitorar valores séricos e urinários de eletrólitos e proteína,
- Monitorar busca de manifestações neuromusculares de hipermagnesemia.

A complexidade da citada patologia, além de requerer da equipe de enfermagem assistência clínica eficaz e eficiente, demanda, também, atividades educativas que visam à estruturação física e emocional das gestantes para redução dos agravos decorrentes da doença e ao empowerment delas na busca de assistência qualificada (TEIXEIRA, 2006).

2.4.3 Educação em Saúde

Para Rios e Vieira (2007), a realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério.

Portanto, a sistematização da assistência é imprescindível para o exercício do cuidado de forma mais humanizada, qualificada e individualizada, visando propiciar uma melhor qualidade e bem estar dos indivíduos.

3. Considerações Finais

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação, visto a sua magnitude, representa umas das maiores problemáticas nas gestações de alto risco, necessitando de medidas mais efetivas na área da promoção da saúde materno-infantil. Ainda, não foi possível conhecer sua etiologia, porém é importante o seu tratamento, bem como a criação de programas de saúde voltados para a prevenção da DHEG em adolescentes, baseado em ações educativas para o controle dos fatores que contribuem para seu aparecimento, enfatizado no controle da pressão arterial sistêmica.

Nesse contexto, constata-se a necessidade de uma assistência humanística com visão holística, baseada nos princípios básicos da humanização pautada no respeito, profissionalismo e acolhimento por parte da equipe de enfermagem definida para tal tarefa, de modo que esta adolescente se sinta confortável (acolhida), livre de preconceitos e julgamento, objetivando o acompanhamento da sua gravidez até o momento do parto. Sendo o enfermeiro a peça chave para uma assistência implementada e eficaz.

Referências

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. **Rev Bras Enferm.** v. 61 n 1p. 117-21. 2008.

ANGONESI, J.; POLATO, A. Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), Incidência à evolução para a síndrome HELLP. **RBAC.** v. 39 n. 4. p. 243-245. 2007.

ANGONESI, J.; POLATO, A., Doença hipertensiva específica da gestação

(DHEG), Incidência à evolução para síndrome de Hellp. **RBAC**, v. 39, n 4, p. 243 – 245, 2007.

BARBASTEFANO, P. S, VARGENS, O. M. C. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. **Rev Bras Enferm.**, v. 62 n. 2 p. :278-82. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (**Cadernos de Atenção Básica**, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Situação de Saúde – Brasil. Brasília; 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF>>. Acesso em: 25 out. 2016.

CABRAL, R. W. L, MEDEIROS, A. L., SANTOS, S. R. Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal: proposta de sistematização. VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Trabalho 275. **Revisão teórica**. 2014. Disponível em: <http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0275.pdf>. Acesso em: 10 julh 2016.

DUARTE, G, CUNHA, S. P, M AUAD, F. F, NOGUEIRA, A. A, BEREZOWSKI, A. T, RPDRIGUES, R. **Protocolos de condutas em gestação de alto risco**. 3.ed. São Paulo: FUNPEC; 2003.

ESTEVES, C.M. *et al*. Indicadores da Preocupação Materna Primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.75-99, 2011.

FERREIRA, M. E.; CAMPANA, H. C. R. Assistência de enfermagem na doença hipertensiva específica da gravidez. **Revista Uningá**, n 01, p. 39-46, jan./jun. 2004.

FRANÇOSO, L. A.; COATES, V.; BEZNOS, G. W. Medicina de Adolescente. São Paulo (SP): Savier; 2003. 2. Hillard PJA. ... Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. **Obstet. Gynecol.** v. 108. p. 1323-1328, 2006.

GOMES, R. FONSECA, E. M. G. O.; VEIGA, J. M. O. A visão do pediatra acerca da gravidez na adolescência: um estudo bibliográfico. **Rev Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 3. P. 415-422. 2002.

GONÇALVES, R.; FERNANDES, R. A. Q.; SOBRAL, D. H. Prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação em hospital público de São Paulo. **Rev Bras Enferm.**, v. 58, n. 1, p. 61-4, 2005.

GUIDELINE, **Doença hipertensiva específica da gravidez - DHEG**. 2008. Disponível em: www.slideshare.net/.... Acesso em 20 out. 2016.

KLIKSBERG, B. O contexto da juventude na América Latina e no Caribe: as grandes interrogações. **Rev. Adm. Pública**, v. 40, n. 5, p. 909-42, 2006.

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

MARTINEZ, J. *et al*. Programa assistencial para La madre adolescente (Proama). **Rev. Hosp.Matern. Infant. Ramon Sarda**, v. 11, n. 2, p. 7-23, 1992.

MELO, E. P. R. Doença Hipertensiva Específica da Gestação DHEG. Internet Portal Educação. 2012.

- MION, J. D. V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2006.
- MOTTA, M. E.; SILVA, G. A.; ARAÚJO, O. C.; LIRA, P. I.; LIMA, M. C. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida? **J. Pediatria**, v.81, n. 5, 2005
- NASCIMENTO, T. L. C; BOCARDI, M. I. B.; ROSA, M. P. R. S. Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) em Adolescentes: uma revisão de literatura. **Ideias & Inovação**, v. 2, n.2, p. 69-76, 2015.
- NERY, I. S. Dificuldades para a implantação sistematização da assistência de enfermagem em maternidades. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p. 11-14, 2013.
- Organização Panamericana de Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância (OPS/UNICEF). A situação da fecundidade; determinantes gerais e características da transição demográfica. *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil*. OPS/UNICEF; 1988.
- OLIVEIRA, S. M. J. V, RIESCO, M. L. G. Estudo da pressão arterial na gestante, em função do peso corporal. **J Bras Ginecol**, jan-fev; v. 109, n. ½, p. 25-33, 1999.
- OLIVEIRA S. M. J. V. Medida da pressão arterial na gestante. **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 7, n.1, p. 59-63, 2007.
- PHIPPS, M. G.; SOWERS, M. Defi ning early adolescent childbearing. **Am J Public Health**. v. 92, n. 1, p. 125-8, 2002.
- REINERS, A. A. O.; DIOZ, M.; TEIXEIRA, N. Z. F.; GONÇALVES, P. M. S.; Diagnósticos de enfermagem em gestantes hipertensas. **Rev. Min. Enferm.** v. 13 n. 2 p. 232-237, abr./jun., 2009 .
- RIBEIRO, A. C. L, UHLIG, R. F. S. A gestação na adolescência e a importância da atenção à saúde do adolescente. **Divulg. Saúde para o Debate**, v. 26, p. 30-36, 2003.
- RIOS, C. T. F, VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a conduta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 477-86, 2007.
- SAITO, M. I, LEAL, M. M. Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. **Rev Paul Pediatr**. v. 25, n. 2, p. 180-6, 2007.
- SILVA, M. P. SANTOS, Z. M. S. A.; NASCIMENTO, R. O. ; FONTELES, J. L. Avaliação das condutas de prevenção da síndrome hipertensiva específica da gravidez entre adolescentes. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 57-65, out./dez. 2010
- SILVA, J. L. P. A gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. In: Saito MI, Silva LE. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu; 2001. p.163-79.
- SILVA, Y. C. C. Monitoramento emergencial de gestante portadora de doença hipertensiva específica da gravidez (dheg) - relato de caso clínico. Monografia Universidade Castelo Branco, 2011, 71p.
- TEIXEIRA, N. Z. F. Doença Hipertensiva Específica da gravidez: uma revisão teórico-prática para enfermeiros. In: Oliveira AGB (org.) Ensino de enfermagem: trabalho e cuidado. Cuiabá (MT): EdUFMAT; **Coletânea Tecnologias em Saúde e Enfermagem**, v.5. 2006.
- VIEIRA, L. M, SAES, S. O, DÓRIA, A. A. B, GOLDBERG, T. B. L. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Rev Bras Saúde Mater Infant**. v. 6, n. 1, p. 135-40, 2006.

Sobre os Autores

Autor 1: Aluno graduando do curso de Enfermagem da Faculdade Redentor. Atualmente é Técnico de Enfermagem atuando na Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes. E-mail: elida.gt@hotmail.com

Autor 2: Doutora (2015) e Mestre (2011) em Produção Vegetal com ênfase em Química de Alimentos na Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, especialista em Análises Clínicas e Gestão de Laboratórios pela Faculdade de Medicina de Campos - FMC (2010) e graduada em Biologia pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF (2008). Possui experiência na área de Química e Imunofarmacologia, atuando principalmente com metabolismo vegetal, alimentos funcionais, graviola (*Annona muricata* L.), processo inflamatório e antitumoral, técnicas cromatográficas e análises físico-químicas. Atualmente é docente na Faculdade Redentor no curso de Nutrição e Enfermagem em Campos dos Goytacazes (RJ), onde atua também como membro do Núcleo Docente Estruturante (NDE) e do Colegiado do curso de Enfermagem. Além disso, é docente na Faculdade Metropolitana São Carlos em Bom Jesus do Itabapoana (RJ) nos cursos de Ciências Biológicas, Enfermagem, Administração e Direito, bem como membro do NDE de Enfermagem e Biologia, além de membro do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). E-mail: clara_biol@yahoo.com.br

Autor 3: Enfermeira plantonista da UTI do Hospital Geral de Guarus e enfermeira diarista do CTI do HPM. Professora do Curso de pós-graduação de Enfermagem em Terapia Intensiva da Faculdade Redentor. Foi enfermeira responsável pela Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista do Hospital Escola Álvaro Alvim de setembro/2000 a setembro /2006. Com experiência em Psiquiatria, no Hospital Abrigo Doutor João Viana. Foi responsável pelo setor de CTI Cardíaco e Geral do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campos. Lecionou em cursos técnicos de enfermagem como: CEES (atual IPE), Senac e Jomasa. Atuou como professora da Universo/ Campos do período de 2003/2013. monicaviveiros@yahoo.com.br

Autor 4: Enfermeira atuando pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de Enfermagem na Assistência Primária, com ênfase na Assistência Integral ao Adolescente. Lotada na Vigilância Sanitária. Também atua na área da Educação compondo o corpo docente da Faculdade Redentor em Campos dos Goytacazes e Itaperuna, além de já ter integrado o corpo docente das seguintes universidades: Universidade Estácio de Sá; Centro Universitário da Cidade e Universo (Niterói). elaineaparecidarom@hotmail.com

Autor 5: Enfermeiro especialista em saúde do Trabalhador e Intensivista, docente e preceptor do curso De Enfermagem na Faculdade Redentor (Campos RJ) e no Instituto politécnico de Ensino (IPE) há 5 anos situado em Campos dos Goytacazes – RJ, ministrando no curso técnico de Enfermagem, Enfermagem do trabalho e segurança do trabalho, além de ser o professor de estágio . Possui experiência na área hospitalar tanto como assistencialista quanto supervisão e gerencia, bem como possui experiência com pacientes com transtorno mental, lesões cutâneas, emergência, pediatria. rafafaelsb@yahoo.com.br