



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

LIA MARISTELA DA SILVA JACOB

**EFEITO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO
DAS COMPLICAÇÕES DA SÍNDROME HIPERTENSIVA
GESTACIONAL: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

**CAMPINAS
2019**

LIA MARISTELA DA SILVA JACOB

**EFEITO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO
DAS COMPLICAÇÕES DA SÍNDROME HIPERTENSIVA
GESTACIONAL: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde. Área de Concentração: Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem

ORIENTADORA: Prof^a. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo

COORDINADORA: Prof^a. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA LIA MARISTELA DA SILVA JACOB, ORIENTADA PELA
PROF^a. Dra. ANTONIETA KEIKO KAKUDA SHIMO

**CAMPINAS
2019**

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

J15e Jacob, Lia Maristela da Silva, 1984-
Efeito de intervenção educativa para prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional : ensaio clínico randomizado / Lia Maristela da Silva Jacob. – Campinas, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Antonieta Keiko Kakuda Shimo.

Coorientador: Maria Helena Baena de Moraes Lopes.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. 2. Hipertensão induzida pela gravidez. 3. Ensaio clínico. 4. Estudos de validação. I. Shimo, Antonieta Keiko Kakuda, 1953-. II. Lopes, Maria Helena Baena de Moraes, 1959-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Effect of an educational intervention for prevention of complications of hypertensive gestational syndrome : randomized clinical trial

Palavras-chave em inglês:

Health knowledge, attitudes, practice

Hypertension, Pregnancy-induced

Clinical trial

Validation studies

Área de concentração: Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem

Titulação: Doutora em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Antonieta Keiko Kakuda Shimo [Orientador]

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

Raimunda Magalhães da Silva

Elenice Valentim Carmona

José Manuel Peixoto Caldas

Data de defesa: 31-07-2019

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-4168-4333>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/6108519374402561>

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO
LIA MARISTELA DA SILVA JACOB

ORIENTADOR: Prof^a. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo
COORIENTADOR: Prof^a. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes

MEMBROS:

1. PROF^a. DR^a. ANTONIETA KEIKO KAKUDA SHIMO
2. PROF^a. DR^a. ELENICE VALENTIM CARMONA
3. PROF. DR^a. ZÉLIA MARIA DE SOUSA ARAÚJO SANTOS
4. PROF. DR^a. RAIMUNDA MAGALHÃES DA SILVA
5. PROF. DR. JOSÉ MANUEL PEIXOTO CALDAS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem.

Data: DATA DA DEFESA [31/07/2019]

RESUMO

Objetivo: avaliar a eficácia de intervenção educativa que utiliza da cartilha “Síndrome Hipertensiva Gestacional - SHG” no conhecimento, na atitude e na prática de gestantes hipertensas. **Método:** estudo de delineamento experimental, realizado em Unidade de Atenção Terciária em Saúde, no município de Fortaleza – CE, Brasil. A intervenção foi caracterizada pela aplicação de estratégia educativa para prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional. Os efeitos da intervenção nas gestantes do Grupo de Intervenção (GI) foram comparados com os resultados obtidos pelas gestantes do Grupo Controle (GC). Foram convidadas a participar do estudo as gestantes que faziam acompanhamento de pré-natal de alto risco com diagnóstico de síndrome hipertensiva gestacional até 33 semanas de gestação. Foram incluídas no estudo 120 gestantes. Foi aplicado o método de aleatorização por blocos de tamanho aleatório para definir a distribuição das gestantes nos grupos de estudo. Para a intervenção, foi utilizada cartilha educativa intitulada “Síndrome Hipertensiva Gestacional- SHG” validada, abordando no conteúdo definição, fatores de risco, complicações e tratamento. O estudo seguiu as recomendações do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT). Foi elaborado e validado o instrumento inquérito CAP, que permitiu medir o desfecho primário deste estudo: análise do nível adequado e inadequado do conhecimento, da atitude e prática de gestantes sobre a síndrome hipertensiva gestacional. A intervenção educativa ocorreu com as gestantes do GI que participaram após a consulta pré-natal de alto risco (rotina), em único momento, com duração aproximada de 30 minutos. A coleta de dados foi realizada em três momentos e gestantes separadas em dois grupos contendo 60 participantes. Para comparações quantitativas, foi aplicado o teste t de Student ou Mann-Whitney. Para estudar associações qualitativas, o teste Qui-quadrado ou exato de Fisher. **Resultados:** foi identificada avaliação adequada do Conhecimento, da Atitude e Prática, no grupo intervenção, no sétimo e trigésimo dia pós-intervenção, apresentando $p < 0,05$, com aumento de chance para o conhecimento adequado no sétimo dia (OR=6,63 – IC: 3,5 -12,55) e no trigésimo dia (OR= 6,25 – IC: 3,13 – 12,50). Neste grupo, a atitude foi adequada no sétimo dia (OR= 6,11 – IC: 3,28-11,39) e no trigésimo dia (OR= 6,44 – IC: 3,49- 11,89). Prática também adequada no sétimo dia (OR=3,73- IC: 2,21-6,28) e trigésimo dia (OR=4,91 – IC: 2,90-8,32). **Conclusão:** as gestantes que participaram da intervenção educativa apresentaram mais adequabilidade em relação ao conhecimento, à atitude e prática sobre a SHG, comparadas com as gestantes que participaram do grupo controle. Portanto, a prática desta intervenção, com uso de tecnologia educativa (cartilha educativa), em pré-natal de alto-risco, é viável no direcionamento e na adesão terapêutica de gestantes hipertensas, visando prevenir complicações em todo o ciclo gravídico puerperal.

Descritores (DeCS): Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde; Hipertensão Induzida pela Gravidez; Estudos de Intervenção; Estudos de Validação; Epidemiologia; Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem da Mulher, criança e Adolescente

ABSTRACT

Objective: to assess the efficacy of educational intervention with the usage of the brochure “*Síndrome Hipertensiva Gestacional - SHG*” (Gestational Hypertensive Syndrome - GHS) in the knowledge, attitude and practices of hypertensive pregnant women.

Method: experimental delimitation study, executed in Unidade de Atenção Terciária em Saúde (Unit of Tertiary Care in Health), in the city of Fortaleza - CE, Brazil. To enact the intervention, a CAP inquiry instrument was elaborated and verified with the support of judges, that allowed to measure the primary conclusion of this study: analysis of the adequate and inadequate standard of knowledge, attitude and practices of pregnant women about hypertensive gestational syndrome. Those invited to participate in the study were the pregnant women that participated in high risk prenatal care with gestational hypertensive syndrome diagnosis up to 33 weeks of gestation. A total of 120 pregnant women were included into the study. The method of randomisation of random-sized blocks was applied to establish the distribution of said participants into the study groups. For the intervention, the educational brochure entitled “*Síndrome Hipertensiva Gestacional - SHG*” (Gestational Hypertensive Syndrome - GHS) and verified was utilized, approaching in its content definition, risk factors, complications and treatment. The intervention was characterized by the application of educational strategy for prevention of medical complications from the hypertensive gestational syndrome. The effects of the intervention in the pregnant women of the Intervention Group (IG) were compared to with the results obtained from the Control Group (CG). The study followed the recommendations of the *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT). The educational intervention occurred with the pregnant women of the IG that participated after the antenatal visit of high risk pregnancy (routine), in a single event, with approximate duration totalling 30 minutes. The data collection happened in three moments and pregnant women separated into two groups containing 60 participants. For quantitative comparisons, the Student t test or Mann-Whitney test was applied. To study the qualitative associations, the Chi-square or Fisher's Exact, in turn.

Results: it was identified an adequate evaluation of the Knowledge, Attitude and Practices, in the intervention group, on the seventh and thirtieth day post-intervention, presenting $p < 0,05$, with increase to the chance for adequate knowledge on the seventh day (OR=6,63 – IC: 3,5 -12,55) and thirtieth day (OR= 6,25 – IC: 3,13 – 12,50). In this group, the attitude was adequate on the seventh day (OR= 6,11 – IC: 3,28-11,39) and the thirtieth day (OR= 6,44 – IC: 3,49- 11,89). Practice also adequate on the seventh day (OR=3,73- IC: 2,21-6,28) e trigésimo dia (OR=4,91 – IC: 2,90-8,32).

Conclusion: the pregnant women that participated in the educational intervention presented more adequacy in relation to the knowledge, attitude and practice about GH, in comparison to those who were part of the Control Group. Therefore, the practice of this intervention, with the usage of educational technology (brochure), during high risk antenatal, is viable in the directioning and therapeutic adherence of hypertensive pregnant women, aiming to prevent complications in the whole pregnant puerperal cycle.

Keywords: Knowledge, Attitude and Practices Health; Pregnancy-induced Hypertension; Intervention Studies; Validation Studies; Epidemiology; Nursing.

DEDICATÓRIA

Às mulheres que participaram da pesquisa, que me fizeram acreditar que é possível desenvolver estratégias para promover saúde e prevenir complicações em momento tão significativo, como a gestação, *sem as quais não seria possível a realização desta pesquisa.*

AGRADECIMENTOS

A Deus sobre todas as coisas, pela oportunidade e pelo privilégio que me foi concedido de vivenciar tamanha experiência e, ao concluir o doutorado, perceber o quão posso aprender e melhorar enquanto pessoa e profissional.

À Nossa Senhora Desatadora dos Nós que, por muitas vezes, ouviu minhas preces e intercedeu junto a Deus pai.

Às Irmãs residentes da Casa de Fraternidade Nossa Senhora Aparecida-Congregação Capuchinhas, Campinas - SP, pelos muitos momentos de orações, amor e paz a mim transmitidos.

À minha admirável mãe, Socorro Jacob, meu saudoso pai Francisco Pereira (*in memoriam*), meu irmão, companheiro de todas as horas, Isaac Jacob, e meu amado afilhado, Pedro Ualisson, os quais foram minha motivação diária para conclusão deste ciclo.

Em nome da minha tia Margarida Maria, agradeço a todos os tios, primos e parentes que torceram e oraram pela conclusão deste trabalho.

Aos meus amigos e conterrâneos iracemenses que, por muitas vezes, transmitiram força e admiração, fazendo-me uma pessoa mais perseverante. Muito obrigada!

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo, que acreditou no meu trabalho e me acolheu desde o início. Pelos ensinamentos, pela paciência e energia indescritível. Meu respeito, admiração e consideração.

À minha coorientadora, Prof.^a Dra. Maria Helena Baena, que sempre colaborou de maneira especial no desenvolvimento e na conclusão do estudo.

Em nome da professora Luísa Andrade, agradeço a todos os docentes e discentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), que me acolheram durante a minha experiência acadêmica internacional, foram três meses de muito aprendizado e crescimento.

Aos membros da banca examinadora de qualificação e defesa, pelas relevantes contribuições na pesquisa.

Aos profissionais dos setores: SAME, Comitê de Ética e Ambulatório Materno-Fetal da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, por terem confiado em meu trabalho durante todo período da intervenção educativa e coleta de dados.

Aos avaliadores/juízes que participaram no processo de validação do instrumento da coleta de dados, tornando possível um material coerente e aplicável.

Às professoras que me incentivaram desde os primeiros passos para realização deste estudo, o meu carinho, agradecimento e admiração às estimadas Dr^a Joselany Áfio Caetano e Dr^a Daniela Gardano.

Ao grupo de colegas enfermeiras formadas durante o curso, minhas queridas “spilles”, que caminharam durante esta jornada, uma apoiando a outra, mesmo através do grupo de *whatsApp*, quando não podíamos estar presentes, minha eterna gratidão.

Ao grupo de pesquisa Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (FENF/UNICAMP), pela troca de conhecimentos, pelo apoio e pela motivação constante.

Ao estatístico Henrique Ceretta, da Faculdade de Enfermagem – Unicamp, pela atenção e pelas contribuições nas análises desta pesquisa.

À CAPES, financiadora deste projeto, aos docentes da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP, secretários Saulo e Letícia, Coordenação do Programa de Pós-Graduação em nome da Prof.^a Dr^a Roberta Cunha, pelo incentivo, apoio e pela confiança durante esta trajetória.

Às minhas amigas/ irmãs, Juliana Bezerra, Ana Carine e Herla Furtado, que me acolheram e caminharam comigo desde o primeiro momento da árdua e gratificante caminhada durante o doutorado, as quais foram fundamentais para que eu chegasse até aqui, minha eterna gratidão pela convivência e pelo amor diário.

Aos grandes amigos que fiz em Campinas, Elizabeth Cabral, Luis Maranhão, Márcio Melo, Priscila Cannavan, Cândica Acácia, Rômulo de Castro, Reginaldo Mafetoni e Márcio Ramos, encontrei nestes paciência e lealdade, minha família “Campineira”.

Aos amigos que conheci durante a minha experiência internacional em Portugal, Rejane Millions, Diogo Lessa, Ana Suely, Francisca, Andrea, Alexandre Braide, os quais tornaram minha estadia mais feliz, produtiva e amorosa.

Aos meus amigos e parceiros Leonardo Sampaio, Cláudio Madeiro, Cláudia Jeane e Artur Paiva que me apoiaram e contribuíram muito no desenvolvimento deste trabalho, obrigada.

Às alunas do Centro Universitário Unichristus, Zélia, Paloma, Iara e Rosinha, sem elas, teria sido mais difícil a conclusão da pesquisa.

Agradeço imensamente a todos que participaram direta ou indiretamente nos processos de planejamento e na execução desta pesquisa, tem muita gente que não citei aqui, mas com certeza, torceu e transmitiu muita energia positiva durante toda trajetória.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

LISTA DE FIGURAS

MÉTODOS

- Figura 1** Representação gráfica das etapas do estudo..... 24
- Figura 2** Representação gráfica da operacionalização da coleta de dados... 35

MANUSCRITO 1 - RESULTADOS

- Figura 1** Instrumento de avaliação do conhecimento, atitude e prática em
relação à Hipertensão na Gravidez..... 54

MANUSCRITO 3 - MÉTODO

- Figura 1** Fluxograma do recrutamento e agrupamento das participantes.
Fortaleza, CE, Brasil, 2018..... 80

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1 - RESULTADOS

Tabela 1	Avaliação dos juízes sobre as dimensões do instrumento CAP – Síndrome Hipertensiva Gestacional.....	55
-----------------	---	----

MANUSCRITO 2 - RESULTADOS

Tabela 1	Perfil sociodemográfico das gestantes investigadas com Síndrome Hipertensiva Gestacional (n=120).....	68
Tabela 2	Condições obstétricas das gestantes investigadas com Síndrome Hipertensiva Gestacional (n=120).....	69
Tabela 3	Relação entre o perfil sociodemográfico e obstétrico, e categorias do Índice de Massa Corporal, Idade e Escolaridade das gestantes investigadas com Síndrome Hipertensiva Gestacional (n=120). Somente os resultados significativos são apresentados.....	71

MANUSCRITO 3 - RESULTADOS

Tabela 1	Distribuição das gestantes, de acordo com dados sociodemográficos e gestacionais e grupos. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.....	84
Tabela 2	Análise descritiva do inquérito CAP entre grupos de intervenção e controle, por momento de coleta. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.....	85
Tabela 3	Análise de GEE do inquérito CAP entre grupos de intervenção e controle, por momento de coleta. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
APS	Atenção Primária em Saúde
ASS	Atenção Secundária a Saúde
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
CORES	Coordenadorias Regionais de Saúde
ECCR	Ensaio Clínico Controlado e Randomizados
EM	Entrevista Motivacional
EqSF	Equipes Saúde da Família
ESEP	Escola Superior de Enfermagem
GEE	<i>Generalized Estimating Equations</i>
GC	Grupo Controle
GI	Grupo de Intervenção
HIG	Hipertensão Induzida pela Gravidez
IMC	Índice de massa corporal
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MS	Ministério da Saúde
PE	Pré-eclâmpsia
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
ReBEC	Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos
SAS	<i>Statistical Analysis Software</i>
SHG	Síndrome Hipertensiva Gestacional
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidades de Atenção Primária em Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICAMP	Universidade de Campinas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Envolvimento da Pesquisadora com a temática.....	20
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	Geral.....	23
2.2	Específicos.....	23
3	HIPÓTESES.....	24
3.1	Hipótese H0.....	24
3.2	Hipótese H1.....	24
4	MÉTODOS.....	25
4.1	Desenho do estudo.....	25
4.2	Local do estudo.....	26
4.3	Participantes.....	27
4.3.1	Critério de Inclusão.....	27
4.3.2	Critério de exclusão.....	27
4.3.3	Critérios Desistência ou Perda.....	27
4.4	Cálculo amostral.....	28
4.5	Instrumento para coleta de dados.....	28
4.6	Variáveis.....	31
4.6.1	Variáveis de caracterização da amostra.....	31
4.6.2	Variáveis dependentes.....	32
4.6.3	Variável independente.....	32
4.7	Intervenção.....	33
4.8	Coleta de dados.....	34
4.9	Análise dos dados.....	37
4.10	Aspectos éticos.....	38
5	RESULTADOS.....	39
5.1	ARTIGO 1 - Ações educativas para prevenção de complicações relacionadas à gestação.....	40

5.2	MANUSCRITO 1 - Síndrome hipertensiva gestacional: elaboração e validação de instrumento para avaliação de uma intervenção educativa.....	49
5.3	MANUSCRITO 2 - Perfil sociodemográfico e obstétrico de gestantes com síndrome hipertensiva gestacional de maternidade pública.....	62
5.4	MANUSCRITO 3 - Conhecimento, atitude e prática sobre síndrome hipertensiva gestacional entre gestantes: ensaio clínico randomizado.....	78
6	DISCUSSÃO.....	94
7	CONCLUSÃO.....	96
	REFERÊNCIAS.....	97
	APÊNDICES.....	103
	APÊNDICE A - Cartilha Educativa “Síndrome Hipertensiva Gestacional - SHG”	103
	APÊNDICE B - Carta Convite aos Juízes - Validação de Questionário.....	108
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Juízes).....	110
	APÊNDICE D - Instrumento de avaliação do Instrumento / CAP - Síndrome Hipertensiva.....	113
	APÊNDICE E - Instrumento de Coleta de Dados.....	116
	APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gestantes)	119
	APÊNDICE G - Termo de Assentimento (Gestantes menores de 18 anos)	122
	ANEXOS.....	125
	ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	125
	ANEXO B - Comprovante – Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos.....	133
	ANEXO C - Permissão da publicação do artigo na Tese.....	134
	ANEXO D - Comprovante de submissão na Revista da Escola de Enfermagem da USP.....	135
	ANEXO E - Comprovante de submissão na Revista Gaúcha de Enfermagem.....	136
	ANEXO F - Comprovante de submissão na Revista Latino-Americana de Enfermagem.....	137

1 INTRODUÇÃO

A gravidez e o puerpério são influenciados por múltiplos fatores, desde os de natureza biológica até as características emocionais, sociais e econômicas da população, além do acesso e da qualidade técnica dos serviços de saúde disponíveis à população. A gravidez é um fenômeno fisiológico, natural e dinâmico que, na maioria das vezes, ocorre sem complicações. Portanto, apesar do cuidado, existem casos de mulheres que apresentam problemas de saúde, algum agravo ou desenvolvem transtornos gestacionais⁽¹⁾.

Evidencia-se que a prevalência mundial de complicações na gravidez está aumentando, devido à complexa interação entre fatores demográficos, estilo de vida e desenvolvimentos na medicina moderna⁽²⁾. Dentre as principais complicações relacionadas à gravidez a nível mundial, aponta-se a Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG), também conhecida como Hipertensão Induzida pela Gravidez (HIG), acometendo de 6 a 10% das gestantes⁽³⁾. No cenário brasileiro, a SHG é a principal causa de mortalidade materna e perinatal⁽⁴⁾.

Portanto, a maioria das mortes na hipertensão induzida pela gravidez ocorre devido às complicações e não em virtude da hipertensão arterial (HA). Assim, a mortalidade materna e essas complicações são evitáveis. Pode-se impedir a mortalidade materna por detecção precoce e pronta do manejo dessas complicações⁽⁵⁾.

De fato, mulheres que apresentaram histórico de HA durante a gravidez (em que a pressão arterial atual é mensurável e normal) possuem risco mais elevado de infarto do miocárdio e tromboembolismo venoso, apesar dos riscos absolutos dessas patologias nessa população permanecerem baixos⁽⁶⁾. A assistência à gestante de alto risco requer capacitação, habilidade e efetividade profissionais no manejo de situações emergenciais ou potencialmente complicadoras durante o ciclo gravídico puerperal⁽⁷⁾.

Todavia, a hipertensão induzida pela gravidez é classificada e definida, de acordo com o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (*American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG*), em quatro categorias: pré-eclâmpsia-

eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, hipertensão arterial crônica com pré-eclâmpsia sobreposta e hipertensão gestacional⁽⁸⁾.

A Pré-eclâmpsia (PE) é definida pela presença de HA após a 20ª semana, agregada à proteinúria significativa. Na ausência de proteinúria significativa, o diagnóstico pode ser baseado na presença de turvação visual, cefaleia, distúrbios visuais ou cerebrais, dor abdominal, elevação de enzimas hepáticas, plaquetopenia, comprometimento renal, edema pulmonar, escotomas ou convulsão. A eclâmpsia é definida como a presença de convulsões do tipo grande mal, em gestante com PE.

A hipertensão arterial crônica é definida pela detecção da HA precedendo a gestação ou antes de 20ª semanas. É possível que ocorra com sobreposição de PE. A hipertensão gestacional é caracterizada pela ocorrência de HA após a 20ª semana, sem a presença de proteinúria⁽⁸⁻⁹⁾.

Sendo assim, é necessário que o diagnóstico da SHG seja detectado no pré-natal, tendo em vista que o Ministério da Saúde (MS) aponta, como objetivo do acompanhamento pré-natal, assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o nascimento de recém-nascido saudável, sem impacto para saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas⁽¹⁰⁾.

Dessa forma, ressalta-se que o enfermeiro, frente ao pré-natal, apresenta-se como profissional transformador, atuando de forma ampla: recuperando a saúde, prevenindo agravos, educando, promovendo saúde e abrindo espaço para construção da cidadania, construção de vínculo e qualidade da assistência⁽¹¹⁾.

Corrobora-se com a Teoria de Enfermagem de Nola Pender, ao concluir que a promoção da saúde é entendida como comportamento motivado pelo desejo de aumentar o bem-estar e valorizar o potencial para o estado de ótima saúde. Assim, surge o papel da enfermagem como capaz de auxiliar os indivíduos a cuidar-se, estimulando e ensinando a adoção de estilos de vida saudáveis⁽¹²⁾.

Portanto, a atenção à Saúde da Mulher, no ciclo gravídico-puerperal, constitui desafio para autoridades em saúde de todo o mundo, no que diz respeito à qualidade da assistência prestada e marcos conceituais. Este ciclo deve ser acompanhado de forma competente em suas três fases: gravidez, parto e puerpério, para que a mulher receba assistência integral e de maior qualidade⁽¹³⁾.

Nesse sentido, em 1984, o MS lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, ruptura conceitual com os princípios

norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo⁽¹⁴⁾.

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, em período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, concebia-se o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁴⁾.

Nessa perspectiva, a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990) enfatiza que a assistência à saúde no (SUS) deve abranger tanto as ações assistenciais quanto às atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças⁽¹⁵⁾.

No âmbito da promoção da saúde reprodutiva, no ano 2000, o MS institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), objetivando reverter o quadro de precariedade da atenção obstétrica, por meio da garantia do acesso, da melhoria da cobertura e qualidade da assistência pré-natal, parto e puerpério, bem como neonatal⁽¹⁶⁾.

Todavia, é primordial a associação dessas políticas durante o atendimento direcionado à saúde da mulher e do recém-nascido, pois o acompanhamento específico da gravidez garante a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, diminuindo a mortalidade do binômio mãe e filho. A literatura sinaliza que a maioria dos problemas da gravidez podem ser prevenidos, como hipertensão gestacional, complicações no trabalho de parto, hemorragia e infecção puerperal⁽¹⁷⁾.

Contudo, mesmo com o avanço das políticas públicas e tecnologias em saúde, os profissionais de saúde deparam-se com fragilidades encontradas nesse processo de prevenção às complicações durante a gestação. Destaca-se, especificamente, a carência de conhecimento, atitude e prática, relacionados à SHG, sendo perceptível a nível nacional e internacional⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

A associação entre conhecimento, atitude e prática com a terapêutica inadequada entre os pacientes hipertensos, vem sendo apontada na literatura, enfatizando a necessidade de focar intervenções educativas precocemente, objetivando conhecimento e atitude para praticar as intervenções orientadas⁽¹⁸⁾.

Apesar do enorme impacto e complicar a saúde materna e fetal, os sinais e sintomas da hipertensão induzida pela gravidez, ainda, são pouco compreendidos pelas mulheres⁽¹⁹⁾.

O conhecimento deficiente do gerenciamento da hipertensão induzida pela gravidez e recursos inadequados constituem ameaça para conduta de assistência adequada. Assim, aponta-se a necessidade de aumento de recursos humanos e capacitação, assim como a mobilização de recursos para manejo adequado de gestantes⁽²⁰⁾.

O inquérito CAP (conhecimento, atitude e prática) vem sendo utilizado em estudos direcionados à saúde da mulher, na expectativa de direcionar intervenções adequadas, educação e estratégias de comunicação para abordar vários problemas de saúde, principalmente em mulheres em idade fértil⁽²¹⁻²²⁾.

Ressalta-se que educação em saúde visa desenvolver sentido de responsabilidade, como indivíduo, membro de uma família e de comunidade, para com a saúde, tanto individual como coletivamente⁽²⁶⁾. Acredita-se que o conhecimento é o melhor caminho para gestantes participarem com eficácia e autonomia do processo que perpassa desde o pré-natal, parto e puerpério, promovendo, assim, a saúde e buscando melhor qualidade de vida. E, diante deste contexto, realizou-se esta pesquisa utilizando o inquérito CAP, com intuito de avaliar a eficácia de intervenção educativa para prevenir as complicações relacionadas à SHG em mulheres atendidas em pré-natal de alto risco.

Ao considerar que a educação em saúde realizada pelos profissionais vem apresentando resultados satisfatórios no cenário da prevenção às complicações no ciclo gestatório, é importante intervir com estratégias educativas o mais precoce possível. Destaca-se a elaboração e utilização de tecnologias educacionais (TE) como estratégia relevante na prática assistencial do pré-natal de baixo e alto risco, pois esta estratégia viabiliza aos profissionais a oferta de assistência de qualidade e contribui positivamente com os indicadores de mortalidade materno-fetal⁽²³⁾.

A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) tem como propósito potencializar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, garantindo o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras. Portanto, a Lei nº 12.401/2011 prevê a implementação de estudos de eficácia, efetividade, segurança, avaliação econômica e impacto orçamentário para incorporação de novas tecnologias no SUS, as quais devem estar baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis⁽¹⁴⁾, e a Lei nº 13.243 estimula a pesquisa, o desenvolvimento científico, a capacitação científica e tecnológica e a inovação com

introdução de produtos, serviços ou processos que resultem em melhorias efetivas no desempenho social e econômico⁽⁴⁾.

Além de considerar a importância da elaboração das TE, salienta-se a necessidade de avaliação deste material educativo. A avaliação da tecnologia educacional permite afirmar se atendeu às expectativas dos usuários finais, se os aspectos foram adequados no que se refere ao conteúdo, como também às questões técnicas⁽²⁴⁾, sendo possível avaliar a eficácia, a qual se refere aos benefícios de nova tecnologia utilizada em condições ideais ou experimentais, com resultados obtidos, geralmente, a partir de ensaios clínicos controlados e randomizados (ECCR)⁽²⁵⁾.

1.1 Envolvimento da pesquisadora com a temática

As inquietações para realização desta pesquisa surgiram desde a graduação, quando a autora teve contato, inicialmente, com a pesquisa, nos anos de 2005 a 2007, como Bolsista de Iniciação Científica (BIC) no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), nos mais diversos enfoques, como: Promoção da Saúde de Pessoas com HA, SHG, Adesão ao Tratamento da Pessoa com HA, Educação em Saúde e Avaliação do Programa de Hipertensão na Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS). Durante os estudos, inquietava-se a elevada incidência de pacientes hipertensos a nível nacional e internacional. Diante desta inquietude, questionava-se sobre o porquê da SHG e/ou de suas complicações, ainda continuavam sendo grande problema para Saúde Pública, com elevada taxa de mortalidade materna e perinatal.

Após a graduação, no ano de 2008, especializou-se em Saúde da Família, na Universidade Federal do Ceará (UFC), e Enfermagem Obstétrica, em 2010, na Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), em ambas, pesquisou sobre a temática no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Enquanto enfermeira da APS e Atenção Secundária à Saúde (ASS) (Hospital Maternidade), observava a atuação dos enfermeiros com as gestantes e refletia acerca da importância de se utilizar estratégias para atendimento de qualidade. Percebeu, assim, a necessidade de os profissionais da atenção básica repensarem em uma assistência com enfoque educativo mais direcionada ao aprimoramento do conhecimento das gestantes sobre as possíveis alterações e complicações inerentes à gravidez, ao parto e puerpério.

Após concluir o mestrado (janeiro de 2015) e, ao mergulhar nas leituras, começou a repensar a assistência do enfermeiro direcionada às gestantes no pré-natal de alto risco, uma vez que a incidência de complicações era elevada.

Em abril de 2015, construiu um projeto para dar continuidade ao trabalho com intervenção educativa, em uma Maternidade de referência terciária no município de Fortaleza - CE, em que foi aprovada no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem na Universidade de Campinas (UNICAMP), sob orientação da Prof^a. Dr^a. Antonieta Keiko Kakuda Shimo e Coorientação da Prof^a. Dr^a. Maria Helena Baena de Moraes Lopes, que acreditaram na proposta e ajudaram a aprimorar, desenvolver e concluir a pesquisa.

Durante o doutorado, concluiu especialização de Enfermagem em Estomaterapia, na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP e no trabalho de conclusão de curso também trabalhou com saúde da mulher, produzindo e publicando artigo sobre a prevenção da incontinência urinária no puerpério. Durante a especialização, aprofundou mais em relação a questionamentos (que desenvolveu na prática assistencial) relacionados, principalmente, à qualidade de vida dos usuários e atuação do enfermeiro nos contextos das incontinências, lesões de pele e estomias.

Durante esses últimos quatro anos, também concluiu a segunda graduação na Faculdade de Pedagogia, que forneceu muitos subsídios para aplicação da intervenção educativa durante a coleta de dados e discussão dos resultados finais.

As teorias e práticas trabalhadas no Curso de Pedagogia foram muito válidas e acrescentaram positividade na atuação profissional como docente, gerando várias reflexões também, na assistência do enfermeiro ao desenvolver educação em saúde.

Na reta final para concluir o doutorado, no período de 11/2018 a 01/2019, foi contemplada com bolsa do Banco Santander para participar de Programa de Mobilidade Internacional. Ficou três meses na Escola Superior de Enfermagem (ESEP), sob orientação da Prof^a. Dr^a. Luísa Andrade que oportunizou vivenciar experiência acadêmica, profissional e pessoal.

Portanto, durante a participação em atividades na ESEP, teve a oportunidade de conhecer mecanismos de preparação para parto e promoção ao parto saudável no pré-natal de baixo e alto-risco, contribuindo, assim, para que pudesse fazer interface com a literatura e discutir os resultados encontrados na pesquisa realizada em uma maternidade de atenção terciária no Estado do Ceará, Brasil.

Outra contribuição em relação à pesquisa, foi a sugestão de três professoras da ESEP, para que fosse inserida a Teoria de Enfermagem de Nola Pender, relacionado a intervenção educativa com a promoção da saúde.

Durante as aulas assistidas no Programa de Pós-Graduação, foi possível dialogar com docentes e discentes em relação à Política de Parto Humanizado que existe no Brasil e, então, conheceu a atuação do enfermeiro obstetra nos serviços de saúde de Portugal.

Todo conhecimento teórico e prático que vivenciou desde a graduação (2003) até os dias atuais (2019), foram extremamente importantes para produção deste trabalho. Considerando que uma tese é inacabada, por hora, encerra-se essa etapa/jornada, devido à exigência acadêmica, porque sempre se está no processo de melhoria e contribuição para assistência de qualidade, visando promover saúde, prevenir doenças, diminuir os agravos e reabilitar a população.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar eficácia de intervenção educativa com a utilização da cartilha “Síndrome Hipertensiva Gestacional - SHG”, no conhecimento, na atitude e na prática de gestantes com hipertensão.

2.2 Específicos

- Caracterizar gestantes, sob os aspectos sociodemográficos e obstétricos;
- Elaborar e validar um instrumento para coleta de dados de avaliação educativa, no conhecimento, na atitude e na prática de gestantes, para prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional;
- Realizar intervenção educativa com a cartilha baseada na prevenção das complicações da Síndrome Hipertensiva Gestacional;
- Comparar o Grupo Controle e Grupo de Intervenção quanto ao conhecimento, à atitude e prática sobre a prevenção das complicações da Síndrome Hipertensiva Gestacional com a aplicação da “Cartilha Educativa”.

3 HIPÓTESES

3.1 Hipótese H0

O nível do conhecimento, da atitude e da prática sobre a prevenção das complicações da SHG do grupo de intervenção (uso da cartilha) será igual ao do grupo controle (consulta pré-natal de rotina).

3.2 Hipótese H1

O nível do conhecimento, da atitude e da prática sobre a prevenção das complicações da SHG que participaram do grupo de intervenção (uso da cartilha educativa) será maior que o do grupo controle (consulta pré-natal de rotina).

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Estudo clínico randomizado e longitudinal. A principal vantagem deste estudo é a capacidade de demonstrar causalidade. Isto decorre, em especial, da alocação aleatória da intervenção, que pode eliminar a influência de variáveis confundidoras e minimizar a possibilidade de que os efeitos observados sejam reforçados pela cointervenção⁽²⁷⁾.

O estudo de delineamento experimental refere-se à investigação em que se manipulam intencionalmente uma ou mais variáveis independentes para analisar as consequências da manipulação sobre uma ou mais variáveis dependentes, dentro de uma situação de controle do pesquisador⁽²⁸⁾.

Portanto, para se qualificar como experimento, o delineamento da pesquisa necessita possuir três seguimentos propriedades: manipulação (o experimentador faz alguma coisa aos participantes do estudo); controle (o experimentador introduz controles sobre a situação experimental, incluindo o uso do grupo controle); e randomização (o experimentador designa aleatoriamente os participantes para os grupos controle e experimental)⁽²⁹⁾.

A intervenção foi caracterizada pela aplicação da estratégia educativa para prevenção das complicações da SHG. Os efeitos da intervenção nas gestantes do Grupo de Intervenção (GI) foram comparados com os resultados obtidos pelas gestantes do Grupo Controle (GC), com vistas a alcançar o seguinte desfecho: elevar o nível do Conhecimento, da Atitude e da Prática nas gestantes do GI.

Para a intervenção, utilizou-se a cartilha educativa intitulada “Síndrome Hipertensiva Gestacional - SHG” (Anexo A), abordando no conteúdo a prevenção da SHG, complicações e tratamento que foi construída e validada⁽³⁰⁾. O estudo seguiu as recomendações do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT), guia para publicação de ensaio clínico⁽³¹⁾.

A pesquisa foi iniciada em agosto de 2015, com a construção do projeto de pesquisa, e concluída em maio de 2019, com as submissões dos resultados da tese.

As etapas deste estudo estão apresentadas graficamente, detalhadas na Figura 1.

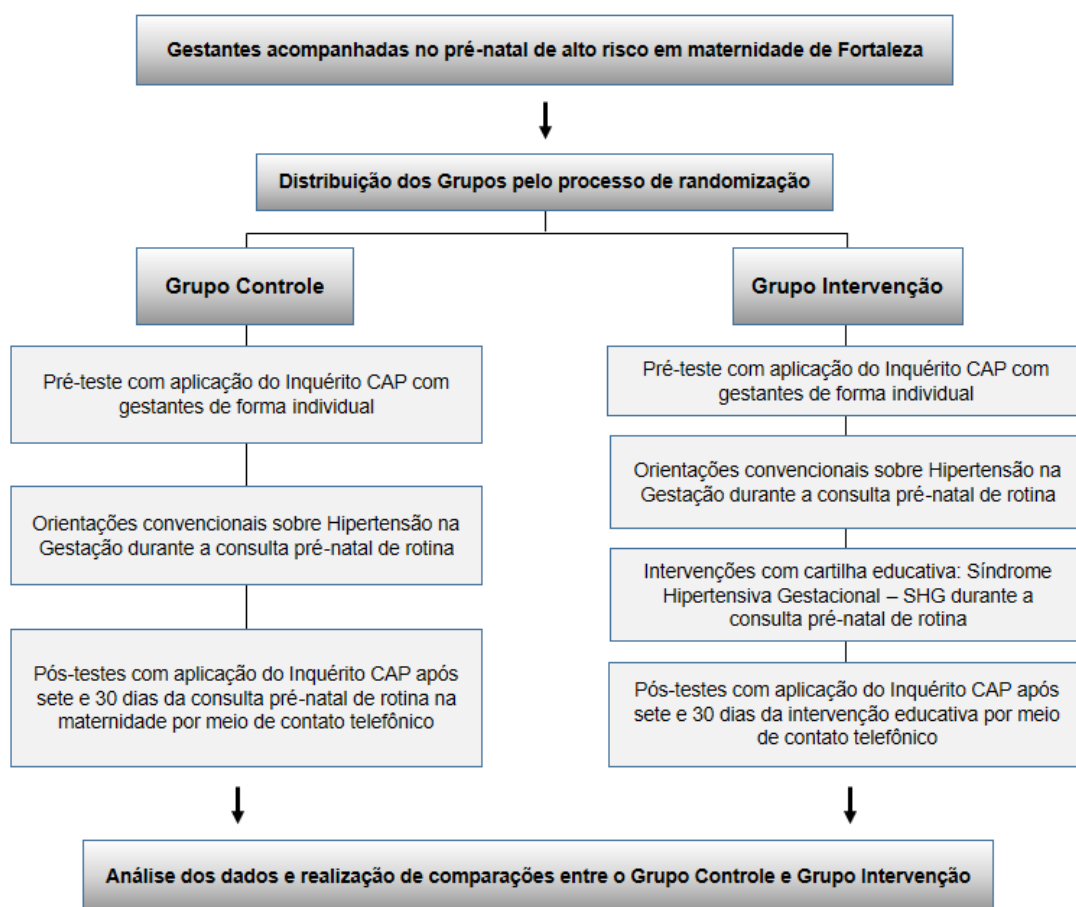


Figura 1 - Representação gráfica das etapas do estudo.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no ambulatório materno-fetal de uma maternidade de atenção terciária, situada em Fortaleza – CE, Brasil. A instituição é conveniada com a Universidade Federal do Ceará (UFC) e tem a missão de promover o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente.

A maternidade é de referência para os 184 municípios cearenses e proporciona grande número de atendimentos às gestantes de alto risco.

No Estado do Ceará, a atenção assistencial à saúde é organizada em macrorregiões e microrregiões, de modo a atender aos princípios doutrinários e organizativos do SUS^(14,32) que mostra o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. A maior macrorregião do Estado é a de Fortaleza. Abrange, aproximadamente 70,6% da população do Estado, com número estimado em 6.032.600 habitantes⁽³²⁾.

O município de Fortaleza - CE conta com 96 UAPS, 402 Equipes Saúde da Família (EqSF), compostas por 341 auxiliares de enfermagem, 2.458 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 389 enfermeiros e 369 médicos⁽³³⁾. Cada Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) tem um coordenador. O número de EqSF varia segundo o quantitativo de famílias cadastradas e residentes na área adscrita.

O acesso à assistência pré-natal no município de Fortaleza-CE ocorre por meio das UAPS, compostas por EqSF, distribuídas nas seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES). As maternidades de risco habitual ofertam pré-natal de risco intermediário e são matriciadoras para as EqSF. O acesso da gestante ao pré-natal de alto risco para as três maternidades de referência ocorre após estratificação de risco na atenção primária. Cada uma das maternidades ofertam quantitativo de vagas⁽³⁴⁾.

4.3 Participantes

Foram convidadas a participar do estudo mulheres em acompanhamento pré-natal de alto risco, independentemente da idade, desde que tivesse diagnóstico de SHG, com até 33 semanas de gestação. Justifica-se esse período considerando que o surgimento da SHG ocorre frequentemente a partir da 20^a semana, sendo o pós teste aplicado após sete e 30 dias após da intervenção. Assim, optou-se por limitar até 33 semanas, considerando 38^a semana como limite para gestante entrar em trabalho de parto e não se correr o risco de perder a amostra.

4.3.1 Critério de Inclusão

Gestantes de qualquer idade com até 33 semanas de gestação, alfabetizadas e com condições de comunicação verbal na língua portuguesa.

4.3.2 Critério de exclusão

Gestantes com distúrbio psiquiátrico diagnosticado e com dificuldades para entender as perguntas do questionário ou a intervenção.

4.3.3 Critérios de desistência ou perda

Considerou-se desistência ou perda quando ocorreu: interrupção da gravidez por qualquer motivo, desistiram de participar da pesquisa ou impossibilidade de contato telefônico após cinco tentativas, em horários diferentes e dias consecutivos.

4.4 Cálculo amostral

O tamanho amostral foi obtido considerando a metodologia de cálculo amostral, com objetivo de estimar uma proporção. Foi considerada uma proporção **p** igual a 0,50, cujo valor representa a variabilidade máxima da distribuição binomial, gerando, assim, estimativa com o maior tamanho amostral possível.

O tamanho amostral (**n**) para uma proporção, considerando uma população finita, pode ser estimado por meio da seguinte fórmula⁽³⁵⁻³⁶⁾:

$$n = \frac{Np(1 - p)}{p(1 - p) + (N - 1)D^2}$$

Nessa fórmula, “N” representa a população de gestantes hipertensas atendidas na unidade. “D”, a precisão da estimativa a ser mensurada, que pode ser descrita como “B/Z”, em que “B” é o erro amostral e “Z” é um percentil da distribuição normal padrão.

A população considerada para o cálculo do tamanho amostral era composta por aproximadamente 170 gestantes hipertensas (número estimado com base nos dados de um mês de atendimento). Além disso, foi assumido erro amostral de 5% e nível de significância de 5%. Com isso, o tamanho amostral obtido foi de 120 gestantes. Essas gestantes foram divididas entre os dois grupos (controle e intervenção), por meio do esquema de aleatorização por blocos de tamanho aleatório.

Devido aos critérios adotados no estudo e método realizado, não foi possível “cegar” as participantes e nem a profissional que realizou a intervenção. Teve como “cegamento” as auxiliares da pesquisa que realizaram a coleta de dados (7º e 30º após a intervenção). Os profissionais que atendiam ao pré-natal não tiveram conhecimento do material educativo, evitando, assim, cointervenções que pudessem alterar o resultado do experimento.

4.5 Instrumento para coleta de dados

Elaborou-se e validou-se o instrumento inquérito CAP, que permitiu medir o desfecho primário deste estudo: análise do nível adequado e inadequado do conhecimento, da atitude e prática de gestantes sobre a SHG.

Face ao exposto, o estudo CAP agrega conjunto de questões que visam medir o que a população sabe, pensa e atua frente a um determinado problema, como também identificar possíveis caminhos para desenho de intervenção. Para tanto, faz-se necessário estabelecer conceitos de conhecimento, atitude e prática. Tais conceitos serão fundamentados no estudo de Kaliyaperumal⁽³⁷⁾, como segue:

Conhecimento: é a compreensão a respeito de determinado assunto Kaliyaperumal⁽³⁷⁾.

Atitude: definida como sentimentos sobre o assunto estudado, bem como preconceitos que podem permear o tema⁽³⁷⁾.

Prática: modo como o conhecimento é demonstrado por meio de ações⁽³⁷⁾.

Realizou-se três etapas para elaboração do instrumento:

Etapas 1 - Elaboração dos itens do instrumento

O conteúdo do instrumento foi definido a partir de revisão da literatura e com base em cartilha educativa, elaborada e validada por Jacob et al. ⁽³⁰⁾ sobre SHG que incluiu: definição, classificação, sinais e sintomas, fatores de risco, consequências, prevenção e tratamento SHG e gestação saudável, totalizando 34 itens. O instrumento dividiu-se em quatro dimensões: Identificação sociodemográfica e obstétrica - questões 1 a 11; Conhecimento - questões 12 a 17; Atitude - questões 18 a 24; e Prática - questões 25 a 34.

Etapas 2 - Validação de Conteúdo

A validade de conteúdo representa a avaliação do quanto uma amostra de itens é representativa de um universo definido ou domínio de um conteúdo^(29,39). Foi criado guia baseado nos princípios de elaboração de escalas psicológicas de Pasquali⁽³⁹⁾, para avaliação de conteúdo. Nesta análise, os juízes julgaram se os itens estavam pertinentes aos atributos da construção teórica.

Para selecionar os participantes, seguiram-se os critérios propostos por Jasper⁽⁴⁰⁾, a qual sinaliza que um *expert* é aquele que “tenha desenvolvido a capacidade para reconhecimento de padrão, por meio de alto nível de conhecimento e habilidades e extensa experiência em um campo específico e que seja identificado como tal por seus pares”^(40:774), permitindo, assim, serem inseridos profissionais que sejam envolvidos na prática assistencial, no ensino ou na pesquisa.

Nessa perspectiva, foram considerados os profissionais com experiência assistencial e/ou docência e/ou pesquisa nas áreas: saúde materna (obstetrícia),

inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) e educação em saúde. A busca dos juízes foi realizada, por meio do currículo disponível na Plataforma *Lattes*, no portal do CNPq (www.cnpq.br) e por meio de amostragem do tipo “Bola de Neve” que consiste na seleção de sujeitos, por meio de indicação ou recomendação de sujeitos anteriores⁽²⁹⁾.

Dessa forma, possibilitou-se identificar 12 juízes, sendo que nove aceitaram a participar do estudo, número suficiente apontado pela literatura que indica o mínimo de cinco e o máximo de 10, ou pelo menos, seis especialistas^(39,41).

Foram encaminhados aos nove juízes, por *e-mail* e/ou cópia impressa, a carta convite com orientações sobre a pesquisa e sua participação (Apêndice B), o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice C), o instrumento de avaliação (Apêndice D), o inquérito CAP (Apêndice E) e uma cópia da cartilha educativa intitulada: “Síndrome Hipertensiva Gestacional - SHG” (Apêndice A). Foi solicitado prazo de 20 dias para apreciação do conteúdo, que estendeu-se para mais 10 dias.

O instrumento de avaliação considerou a pertinência, a clareza e a abrangência dos itens do questionário. Em relação à pertinência, os juízes deveriam considerar o quanto os itens representavam os conceitos envolvidos, se eram relevantes à situação e adequados aos objetivos propostos⁽⁴²⁻⁴³⁾. Para verificar a pertinência de cada item, foram utilizadas as seguintes possibilidades de respostas^(41,43): (1) Não relevante ou não representativo; (2) Necessita de grande revisão para ser representativo; (3) Necessita de pequena revisão para ser representativo e (4) Relevante ou representativo.

Quanto à clareza, foi avaliada a redação dos itens, ou seja, se expressavam adequadamente o que se desejava medir e se traduzia fielmente o conceito desejado^(41,42) e se os itens estavam escritos de maneira correta e compreensível. Cada item foi avaliado como⁽⁴¹⁾: (1) Não claro; (2) Pouco claro; (3) Moderadamente claro e (4) Muito claro.

Por último, referente à abrangência, avaliaram se os itens permitiam que se obtivesse informações suficientes para atingir o objetivo de cada tópico. Neste momento, era admitido incluir ou excluir itens que eram julgados necessários ou desnecessários, respectivamente⁽⁴⁴⁾. Cada item foi avaliado como: (1) Não abrangente; (2) Pouco abrangente; (3) Moderadamente abrangente e (4) Muito abrangente. Foi solicitado que os juízes indicassem as revisões necessárias e itens que deveriam ser incluídos ou excluídos^(29,41).

Utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para medir a concordância entre os juízes, durante o processo de análise das respostas⁽²⁹⁾. Este índice permite analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo⁽⁴⁵⁾. Foi empregada a utilização da escala tipo *Likert*, com pontuação de um a quatro, baseando-se nas respostas dos juízes com relação ao grau de relevância de cada item⁽²⁹⁾.

O escore foi computado por meio da somatória dos itens com resposta “3” e “4”, dividindo-se o valor pelo número de juízes. Os itens que receberam avaliações “1” e “2” foram revisados. Foi considerado adequado o IVC igual ou superior a 0,8^(29,46).

Posteriormente, aqueles itens que não atingiram este índice foram alterados e os que atingiram, considerou-se concordância acima de 90% entre os juízes como um dos critérios de decisão sobre a pertinência do item a que teoricamente se referiu⁽⁴⁵⁾.

Etapa 3 - Análise Semântica (público-alvo)

Esta etapa foi realizada com 33 gestantes com HA que estavam fazendo o pré-natal de alto risco em maternidade de atenção terciária no município de Fortaleza – CE e que não entraram na amostra da intervenção. Ao chegarem para consulta de rotina, as participantes foram convidadas a participar do estudo, sendo explicado o objetivo durante a entrevista. Todas aceitaram a participar após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice F) ou Termo de Assentimento (Apêndice G).

O objetivo da análise semântica, também denominada de validade aparente ou de face, fundamenta-se na avaliação da facilidade da leitura, da compreensão e da aparência, por meio do julgamento pelo público-alvo a que se destina a tecnologia produzida⁽⁴⁷⁾. Após aplicação das etapas, realizou-se as alterações necessárias e o instrumento foi reenviado para nova avaliação e aprovação final pelos juízes.

4.6 Variáveis

4.6.1 Variáveis de caracterização da amostra

- *Idade atual* - referida pela mulher, em anos completos.
- *Cor da pele* - autorreferida pela mulher. Classificada em: branca, parda, preta, amarela.
- *Escolaridade* - referida pela mulher em anos de estudos completos que frequentou o ensino formal e até que séries frequentou/ou frequenta.

- *Religião* - referida pela mulher. Classificada em: católica, espírita, evangélica, judaica, umbanda/candomblé, sem religião e outra.
- *Profissão/ocupação* - referida pela mulher.
- *Renda familiar* - referida pela mulher (quantidade em R\$).
- *Estado civil* - referido pela mulher. Classificado em: solteira, união estável (casada ou união consensual), viúva e divorciada.
- *Procedência (município)* - referida pela mulher ou descrito no cartão pré-natal, especificar se é o município de residência.
- *Número de consultas pré-natais* - descritas no cartão de pré-natal. Na ausência do mesmo, referidas pela mulher.
- *Idade gestacional em semanas* - descrita no cartão pré-natal ou prontuário.
- *História obstétrica* - número de gestações, partos anteriores e abortos, referidos pela mulher ou descritos no cartão pré-natal.
- *Índice de massa corporal (IMC)* - calcular através do peso (kg) e altura (cm) que estão descritos no cartão pré-natal ou prontuário.

4.6.2 Variáveis dependentes

- *Conhecimento* - compreensão da mulher sobre a síndrome hipertensiva gestacional.
- *Atitude* - atitudes da mulher em relação à síndrome hipertensiva gestacional.
- *Prática* – práticas desempenhadas pela mulher em relação à terapêutica, à prevenção, aos fatores de risco e complicações da síndrome hipertensiva gestacional.

4.6.3 Variável independente

- *Intervenção educativa* - foi realizada em sala do ambulatório materno-fetal da maternidade, de maneira individual e pela pesquisadora principal. Utilizou-se da entrevista motivacional e do material aplicado na intervenção, a cartilha educativa “ Síndrome Hipertensiva Gestacional”, elaborada e validada⁽³⁰⁾.

4.7 Intervenção

A intervenção educativa ocorreu com as gestantes do GI que participaram após a consulta pré-natal de alto risco (rotina), em único momento, com duração aproximada de 30 minutos. Foi utilizada em sala privativa da Unidade de Saúde, com intuito de proporcionar melhor acolhimento para gestantes e garantir a privacidade de estratégia educativa. A intervenção foi realizada após a primeira aplicação do instrumento CAP.

A intervenção com cartilha educativa ilustrada foi realizada, utilizando-se da entrevista motivacional (EM) como estratégia.

A EM foi desenvolvida por Miller e Rollnick e tem como objetivo principal auxiliar o indivíduo nos processos de mudanças comportamentais, elucidando a resolução da ambivalência para mudanças de comportamento e estimular o comprometimento para a realização dessa mudança por meio de abordagem psicoterápica convincente e encorajadora⁽⁴⁸⁾.

Considera-se que reaplicar e adaptar esta entrevista à realidade brasileira, considerando a população (em geral mais carente, de baixo nível socioeconômico) que se beneficia dos recursos do SUS, faz-se de suma importância, por se tratar de conjunto de técnicas breves, diretivas e com baixo custo que poderão vir a suprir demanda nos serviços de saúde⁽⁴⁹⁾.

A EM foi escolhida por se tratar de metodologia objetiva e prática, estratégia inicial de baixa toxicidade e efetiva, para promover mudança no comportamento, se concretizar no decorrer do tempo, estabilizando, assim, a ambivalência e agregando visão humanista e construtivista nas modificações de comportamentos de risco⁽⁵⁰⁾.

Para realização da EM, considerou-se os processos preconizados por Figlie et al.⁽⁵¹⁾: engajamento da profissional com a gestante, foi mantido o foco durante a intervenção, possibilitando à gestante não se perder no meio do caminho, realizada evocação com extração dos próprios sentimentos da gestante direcionado ao propósito de mudança e, por último, o planejamento, proporcionando o encorajamento ao processo de mudanças e tomada de atitude para prevenir as complicações da SHG.

A cartilha intitulada “Síndrome Hipertensiva Gestacional”⁽³⁰⁾ foi apresentada às gestantes no momento da entrevista motivacional. A leitura desta foi realizada pela pesquisadora. Posteriormente, ocorreu o comentário da cartilha pela pesquisadora e

pelas gestantes, com objetivo de remover possíveis barreiras que consideraram para prevenir as complicações da SHG.

A aplicação do inquérito CAP, antes da intervenção (pré-teste), ajudou a pesquisadora a identificar problemas e barreiras que impossibilitariam a gestante para prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional.

As gestantes do GI levaram um exemplar da cartilha para casa. As mesmas foram orientadas para rever as informações contidas na cartilha.

4.8 Coleta de dados

Primeiramente, realizou-se encontro com as enfermeiras da Unidade de Atenção Terciária que trabalhavam no pré-natal de alto risco. Com intuito de solicitar a cooperação no levantamento do número das gestantes que realizavam consulta de pré-natal de alto risco com diagnóstico de SHG.

Em seguida, foi realizado levantamento nos prontuários das gestantes para realizar o cálculo amostral.

A própria pesquisadora conduziu as entrevistas com as gestantes do GC e GI, antes da consulta pré-natal de rotina e da intervenção educativa, bem como a realização da intervenção educativa com o GI. O seguimento com os pós-testes foi conduzido pelas auxiliares de pesquisa, dois enfermeiros que não eram funcionários da maternidade, que reaplicaram o inquérito CAP no GC e GI, com intuito de cegar essa etapa.

Dois auxiliares de pesquisa foram treinados para aplicação do inquérito CAP (pós-teste – 7º e 30º dia). Os mesmos não tiveram conhecimento das hipóteses do estudo e das gestantes alocadas para o GI e GC. Para garantir a uniformidade nas entrevistas, a pesquisadora responsável manteve contato semanal por telefone com as auxiliares da pesquisa, a fim de discutir problemas na coleta e aplicação do instrumento. Para coleta de dados, foi elaborado e validado o instrumento.

Assim, a coleta de dados transcorreu em três etapas:

a) Primeira etapa - Após o recrutamento das gestantes, a partir dos critérios de elegibilidade, as mulheres foram convidadas para participar da pesquisa. Foram aplicados os critérios de inclusão e, logo após, foram fornecidas orientações quanto à finalidade da pesquisa, mediante a leitura do TCLE ou Termo de Assentimento. Após

concordância das gestantes em participar do estudo, aplicou-se o inquérito CAP (pré-teste).

A aplicação do pré-teste, utilizando o inquérito CAP, foi realizada nos dias destinados à consulta de pré-natal de alto risco, individualmente, em salas reservadas, com duração aproximada de 30 minutos. Foi administrado pela pesquisadora junto às gestantes do GC e GI.

Ao término do pré-teste (inquérito CAP), a pesquisadora enfatizou para cada gestante a importância da participação no estudo e da continuidade na pesquisa. Foi esclarecido que as outras entrevistas seriam feitas por contato telefônico e pelos auxiliares de pesquisa no 7º e 30º dia pós intervenção. Por tanto, as mulheres foram questionadas sobre o melhor horário, indicado pela participante, para realizar o contato telefônico e dar continuidade à coleta de dados.

A preocupação em permitir que a gestante indicasse o melhor horário para o contato telefônico e dar seguimento com os pós-testes, foi para evitar a influência de fatores internos que pudessem impedir que a gestante respondesse ao questionário.

Conforme Sampieri, Callado e Lucio⁽²⁸⁾, os processos internos dos participantes, como cansaço, aborrecimento ou outras questões similares podem afetar as respostas.

O contato telefônico já utilizado em algumas pesquisas para coleta de dados, além das entrevistas para o seguimento. Em revisão sistemática realizada por Dennis e Kingston⁽⁵²⁾, sobre estudos que utilizaram o suporte telefônico em intervenções para mulheres durante a gravidez e no período pós-parto, concluiu que os achados são encorajadores. Assim, sugeriram o suporte por telefone para melhorar resultados entre mulheres grávidas e no puerpério⁽⁵²⁾.

b) Segunda etapa - As gestantes do GC e GI foram atendidas nas consultas de pré-natal de alto risco (rotina) e, após o atendimento às gestantes do GI, participaram da intervenção educativa individualmente que ocorreu em único momento, em sala privativa da Unidade de Saúde, com duração aproximada de 30 minutos.

c) Terceira etapa - Os pós-testes foram realizados pelos auxiliares da pesquisa, por meio de contato telefônico, no 7º e 30º dia, após a consulta de pré-natal, com aplicação do inquérito CAP no GC e no GI.

A pesquisadora não teve conhecimento dos resultados dos pós-testes durante a coleta. Desta maneira, evitou a influência da mesma na coleta de dados e nos

resultados da pesquisa durante a intervenção⁽²⁸⁾. Os intervalos de sete dias e trinta dias foram considerados como adequados para se evitar o viés de história⁽⁵³⁾.

Brousselle et al.⁽⁵³⁾ afirmam que este é um tipo de evento que pode ocorrer entre duas observações, quanto maior o tempo entre as observações, maior o risco de viés histórico. Portanto, quando os efeitos das intervenções são feitos em intervalo próximo, pode ocorrer o viés de familiarização com o instrumento, uma vez que o participante tende a lembrar das respostas dadas na primeira observação.

Enfatiza-se que, durante a entrevista com o inquérito CAP, não foi dada a opção de respostas para as gestantes, com objetivo de evitar o risco de viés de indução das respostas⁽³⁷⁾. Apenas as perguntas foram lidas no momento da coleta de dados.

A definição do intervalo de 30 dias para se medir o efeito da intervenção deste estudo foi baseada na revisão sistemática realizada por Oliveira⁽⁵⁴⁾. Constatou-se que não há consenso do intervalo de tempo entre os autores e pesquisadores que realizaram estudos tipo ensaio clínico sobre intervenção educativa para promoção da saúde com gestantes.

A operacionalização da coleta de dados foi realizada como apresentado na Figura 2.

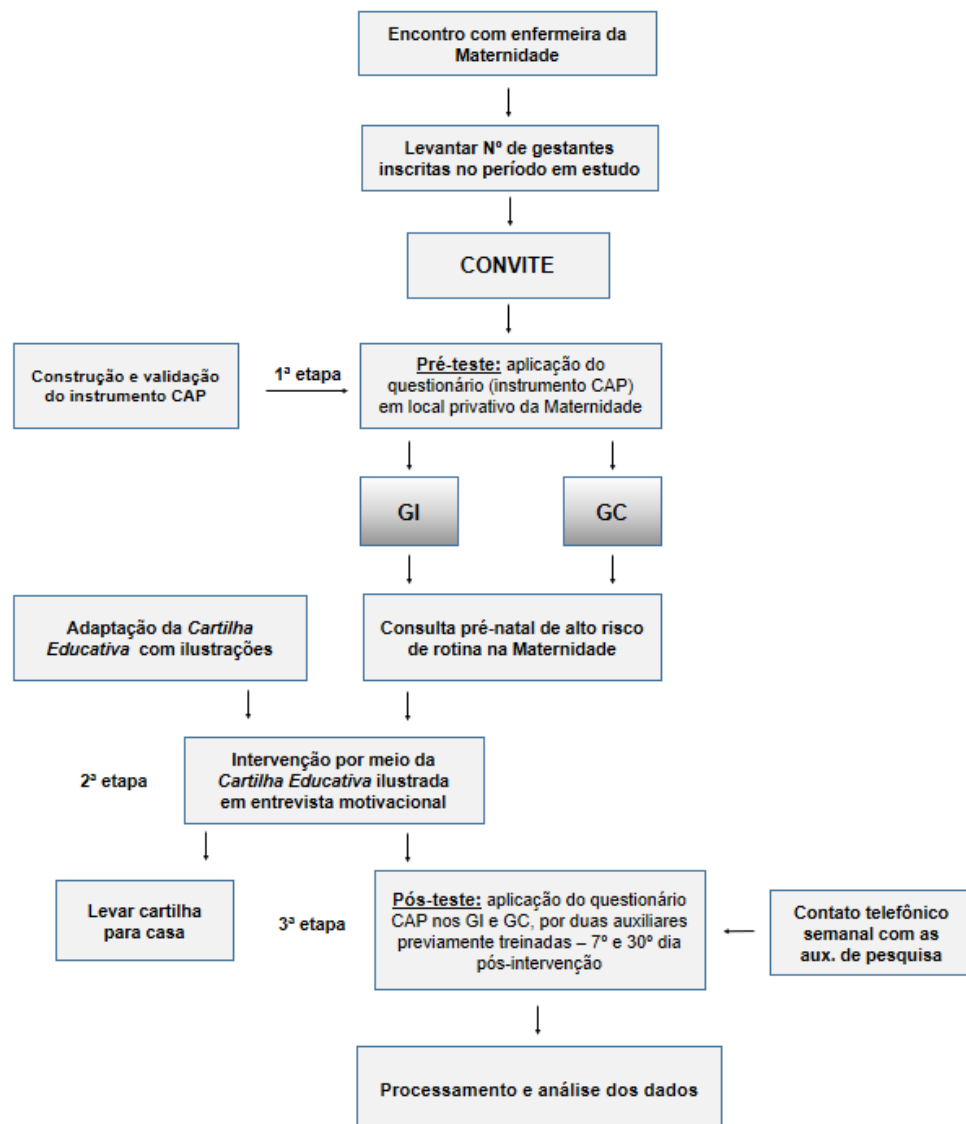


Figura 2 - Representação gráfica da operacionalização da coleta de dados.

4.9 Análise dos dados

Para comparações entre os grupos com relação às variáveis quantitativas, aplicou-se o teste t de Student não pareado ou o teste não-paramétrico de Mann-Whitney⁽⁵⁵⁾, de acordo com a distribuição dos dados, a qual foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk.

Para estudar as associações entre os grupos e as variáveis qualitativas, aplicou-se o teste Qui-quadrado⁽⁵⁶⁾. Para os casos cujos pressupostos do teste Qui-quadrado não foram atendidos, adotou-se o teste exato de Fisher⁽⁵⁶⁾.

As comparações entre os grupos e períodos de tempo com relação às variáveis de conhecimento, atitude e prática foram realizadas por meio de modelos *Generalized*

Estimating Equations (GEE)⁽⁵⁷⁾. Nos resultados, foram apresentadas as estimativas obtidas de risco relativo, assim como respectivos intervalos de confiança e p-valores. Para todas as análises, foi considerado nível de significância igual a 5% e os *softwares* estatísticos *Statistical Analysis Software* (SAS), versão 9.4, e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24, para realização destas.

4.10 Aspectos éticos

As mulheres que aceitaram participar da pesquisa foram informadas sobre objetivos e métodos do estudo e foi solicitada assinatura do TCLE, esclarecido que caso se recusasse, não teria qualquer prejuízo ao atendimento. Em relação ao termo de assentimento, não participou da amostra nenhuma gestante com idade inferior a 18 anos.

As condutas obstétricas não foram modificadas pelo estudo, inclusive no que se refere às orientações educativas dadas pelos profissionais de saúde que acompanhavam o pré-natal de alto risco destas gestantes.

Cada instrumento de coleta de dados foi identificado por um número e digitado em banco de dados. Os pesquisadores se comprometeram em manter o sigilo sobre a identidade das participantes.

Explicitou-se que as participantes dos grupos GC e GI poderiam abandonar o estudo quando solicitado, por desconforto ou qualquer outro motivo. Assim, iria ser considerado descontinuada.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas – CEP – SP, conforme nº 69789617.5.0000.5404 (Anexo A), de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁵⁸⁾. Também foi aprovado pelo Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC): nº RBR- 8wyp8j (Anexo B).

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados em formato de artigo científico e manuscritos. Logo, algumas informações podem encontrar-se repetidas.

5.1 ARTIGO 1

- Ações educativas para prevenção de complicações relacionadas à gestação

Lia Maristela da Silva Jacob; Reginaldo Roque Mafetoni; Maura Cristiane e Silva Figueira; Maria Helena Baena de Moraes Lopes; Antonieta Keiko Kakuda Shimo
Publicado na Revista Enfermagem Atual in Derme (ANEXO C)

5.2 MANUSCRITO 1

- Síndrome hipertensiva gestacional: elaboração e validação de instrumento para avaliação de uma intervenção educativa

Lia Maristela da Silva Jacob; Maria Helena Baena de Moraes Lopes; Antonieta Keiko Kakuda Shimo
Submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP em 16/05/2019 (ANEXO D).

5.3 MANUSCRITO 2

- Perfil sociodemográfico e obstétrico de gestantes com síndrome hipertensiva gestacional de maternidade pública

Lia Maristela da Silva Jacob; Artur dos Santos; Maria Helena Baena de Moraes Lopes; Antonieta Keiko Kakuda Shimo
Submetido à Revista Gaúcha de Enfermagem em 07/05/2019 (ANEXO E)

5.4 MANUSCRITO 3

- Conhecimento, atitude e prática sobre síndrome hipertensiva gestacional entre gestantes: ensaio clínico randomizado

Lia Maristela da Silva Jacob; Reginaldo Roque Mafetoni; Maria Helena Baena de Moraes Lopes; Antonieta Keiko Kakuda Shimo
Submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem em 13/05/2019 (ANEXO F)

5.1 ARTIGO 1 - Ações educativas para prevenção de complicações relacionadas à gestação



Ações educativas para prevenção de complicações relacionadas à gestação

Educational actions for preventing pregnancy-related complications

Lia Maristela da Silva Jacob¹ • Reginaldo Roque Mafetoni² • Maura Cristiane e Silva Figueira³
Maria Helena Baena de Moraes Lopes⁴ • Antonieta Keiko Kakuda Shimo⁵

RESUMO

Objetivo: identificar e descrever as evidências científicas sobre o uso de estratégias educativas na prevenção das complicações na gestação. Método: trata-se de uma revisão integrativa, realizada de abril a julho de 2018. Foram selecionados artigos em português, inglês ou espanhol. Resultados: amostra final constituiu de 27 artigos, que emergiram cinco categorias: indicadores de qualidade e satisfação da gestante na assistência pré-natal, educação em saúde, estudos de revisão na literatura, instrumento de orientação e relato de experiência profissional. Conclusão: a construção e utilização de tecnologias em saúde na prática assistencial ao pré-natal de baixo e alto risco podem viabilizar aos profissionais uma assistência de qualidade e contribuir positivamente com os indicadores de mortalidade materno-fetal.

Descritores: Complicações na Gravidez; Educação em Saúde; Cuidado Pré-Natal; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Objective: to identify and describe the scientific evidence on the use of educational strategies for preventing complications during pregnancy. Method: this is an integrative review, which was performed from April to July 2018. We selected papers in Portuguese, English or Spanish. Results: the final sample consisted of 27 papers, which arose five categories: quality indicators and satisfaction of pregnant women in prenatal care, health education, literature review studies, guidance tool and professional experience report. Conclusion: the development and use of health technologies in low-risk and high-risk prenatal care practices can allow professionals to provide a quality care and contribute positively to maternal-fetal mortality indicators.

Descriptors: Pregnancy Complications; Health Education; Prenatal Care; Health Promotion.

NOTA

¹Enfermeira, Doutoranda em Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas (FENF/ UNICAMP). Campinas, SP, Brasil.

²Enfermeiro, Doutor em Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas (FENF/ UNICAMP). Campinas, SP, Brasil.

³Enfermeira, Doutoranda em Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas (FENF/ UNICAMP). Campinas, SP, Brasil.

⁴Enfermeira, Doutora em Genética e Biologia Molecular. Docente Titular, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas (FENF/ UNICAMP). Campinas, SP, Brasil.

⁵Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas (FENF/ UNICAMP). Campinas, SP, Brasil.



INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal é essencial durante a gestação, tornando-se possíveis as orientações e detecções precoce das alterações e complicações evitáveis, melhorando os indicadores de morbimortalidade materna e infantil⁽¹⁾. Um relatório internacional apontou a Mortalidade Materna (MM) global, com estimativa de 303.000 óbitos em 2015, sendo os países em desenvolvimento com as maiores taxas⁽²⁾. O Ministério da Saúde (MS) apresenta que o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para saúde materna, inclusive abordando os aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas⁽³⁾.

Na melhora dos indicadores materno-infantil, o MS do Brasil, implantou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com estratégias de melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal e assistência ao parto e puerpério⁽⁴⁾. Na perspectiva de atuar diretamente na prevenção das complicações pertinentes à gestação, o MS aponta importância de gestantes e acompanhantes terem contato com atividades de educação e compartilhar dúvidas e experiências que normalmente não são discutidas em consultas formais, dentro de consultórios dos médicos, com enfermeiros ou dentistas⁽⁵⁾.

Desse modo, a assistência de enfermeiros durante o ciclo gravídico-puerperal é essencial na preservação e manutenção da saúde materno-fetal, sob respaldo legal e conhecimento técnico-científico. O principal papel do enfermeiro é orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, desenvolver atividades educativas e identificar algum sinal de alerta para intervenção imediata⁽⁶⁾. Logo, a utilização de material educativo pode figurar ferramenta relevante à esse profissional no que diz respeito à promoção da saúde, ao trabalho em equipe e aos melhores indicadores assistenciais⁽⁷⁾. Neste contexto, o presente estudo objetivou identificar e descrever as evidências científicas sobre o uso de estratégias educativas na prevenção de complicações na gestação.

MÉTODO

Revisão integrativa da literatura, realizada entre abril a julho de 2018. Foram percorridas as etapas para o desenvolvimento do estudo: identificação do problema e definição da hipótese ou questão relevante; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação das publicações incluídas; interpretação e apresentação da síntese do conhecimento⁽⁸⁾. A pergunta norteadora foi: quais as ações educativas para gestantes durante o pré-natal na prevenção de complicações na gestação?

A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados eletrônicas *US National Library of Medicine* (PubMed), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): Gravidez, Educação em Saúde, Cuidado Pré Natal e Promoção da Saúde e *Medical Subject Headings* (MeSH): *Pregnancy, Health Education, Prenatal Care e Health Promotion*, sendo estes integrados através do operador booleano "and".

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português, inglês ou espanhol e publicados entre os anos de 2013 a 2018. Foram excluídos os artigos duplicados, que não estavam disponíveis na íntegra, e que não responderam ao objetivo proposto.

Os artigos foram selecionados, agrupados em categorias de análise e encaminhados para o gerenciador de referências EndNote. Foram utilizados instrumentos de coleta de dados sobre as informações consideradas de importância para este estudo, tais como: autores, título, periódico, ano de publicação, país, base de dados de localização, objetivo, método, principais resultados e conclusões ou recomendações. Após as etapas, foram incluídos 27 artigos (Figura 1).

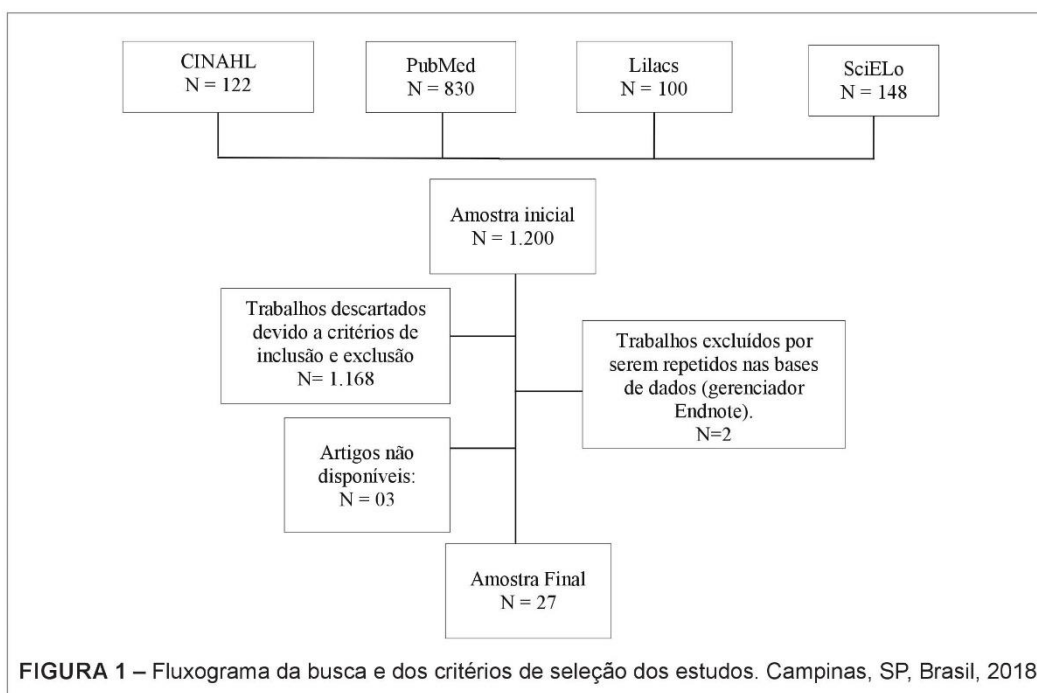
RESULTADOS

Os resultados encontrados apontam diferentes contextos de prevenção de complicações na gestação, com estratégias diretas durante a assistência pré-natal, destacando-se tecnologias educativas neste período, crenças e práticas da gravidez, percepções de gestantes sobre práticas educativas, compreensão de gestantes sobre os sinais de perigo na gravidez, importância dos grupos de gestantes no pré-natal e conhecimento dos profissionais no pré-natal. As publicações foram entre 2013 e 2018, oriundas de 11 países, com diferentes abordagens metodológicas (Quadro 1). Os estudos foram agrupados em cinco categorias.

DISCUSSÃO

As orientações e discussões do profissional de saúde durante a assistência pré-natal contribuem em melhores indicadores, conforme resultados das pesquisas incluídas nesta revisão da literatura. Os estudos selecionados investigaram os indicadores de qualidade e satisfação de gestantes na assistência pré-natal^(10,15-17,20-21,23,28-31,34-35,37), a educação em saúde^(13-14,18-19,24,27,32-33), as revisões de literatura^(22,25-26), o instrumento de orientação⁽¹¹⁾ e o relato de experiência profissional⁽³⁶⁾.

A amostra caracterizou 17 artigos derivados^(9-12,14-15,18-19,21-22,28-33), um único estudo descritivo ou qualitativo⁽³⁵⁾. Estes foram classificados com nível de evi-



QUADRO 1 – Distribuição dos artigos científicos segundo autor, objetivo, país de origem, delineamento, nível de evidência e conclusões, Campinas, SP, Brasil, 2018

AUTORES	OBJETIVOS	PAÍSES	DELINEAMENTO	NÍVEIS DE EVIDÊNCIA	CONCLUSÕES
Carneiro et al. ⁽⁹⁾	Avaliar nova ferramenta educacional para prevenção da hipertensão	Brasil	Metodológico e quantitativo	VI	Construção da versão final da ferramenta educacional para prevenir a hipertensão na gravidez
Howlett et al. ⁽¹⁰⁾	Investigar crenças e práticas em relação ao consumo de álcool na gravidez	Inglaterra	Descritivo	VI	A maioria das mulheres visualizou positivamente o rastreio de álcool na gravidez.
Alves et al. ⁽¹¹⁾	Identificar as percepções de gestantes sobre o uso de uma tecnologia educativa	Brasil	Descritiva e quantitativa	VI	A estratégia contribuiu para o processo ensino-aprendizado. O grupo demonstrou uma excelente aceitação e desejo de participar novamente
Silva et al. ⁽¹²⁾	Conhecer a experiência de mulheres grávidas na participação de atividades educativas desenvolvidas no pré-natal	Cuba	Qualitativo	VI	As gestantes reconhecem a importância das atividades educativas, o esclarecimento de dúvidas, os temas abordados e a linguagem clara dos profissionais como alguns dos fatores que estimulam a participação nessas atividades.
Sekoni, Aderibigbe e Akande ⁽¹³⁾	Investigar o efeito da educação em saúde sobre a disposição de se submeter ao teste de HIV entre os participantes pré-natais	Nigéria	Experimental	IV	O conhecimento da disponibilidade do teste de HIV no hospital é elemento modificador da disposição em se submeter ao teste.
Rahman et al. ⁽¹⁴⁾	Explorar as percepções da comunidade sobre os componentes da intervenção de Comunicação de Mudança de Comportamento, do programa Melhorar a Maternidade, Neonatal e Sobrevivência Infantil	Bangladesh	Qualitativo	VI	As intervenções foram bem aceitas, com a valorização da vida cotidiana pelos membros da comunidade e interação com os trabalhadores de saúde

Fernandes et al. ⁽¹⁵⁾	Analisar o conhecimento, as preocupações e as crenças de um grupo de gestantes acerca do pré-natal	Brasil	Qualitativo	VI	Os conhecimentos e as preocupações perpassaram pelas categorias: característica física e funções orgânicas do concepto, o sexo do concepto, estabelecimento do vínculo mãe-concepto, revelações do exame de ultrassom; e influência de crenças supersticiosas na gestação
Khan et al. ⁽¹⁶⁾	Avaliar o efeito do aconselhamento em amamentação	Bangladesh	Experimental e randomizado	II	Aconselhamento em amamentação aumentou a duração do aleitamento materno em 60 dias.
Khoramabadi et al. ⁽¹⁷⁾	Avaliar os efeitos do treinamento no modelo de crenças em saúde sobre os comportamentos alimentares.	Irã	Ensaio clínico randomizado	II	Um mês após a intervenção, os escores médios do conhecimento, gravidade percebida, e benefícios percebidos sobre hábitos alimentares em cada grupo foram significativamente maiores no grupo intervenção
Hernández-Betancur e Vásquez-Truisi ⁽¹⁸⁾	Descrever as percepções sobre a satisfação das gestantes em relação aos cuidados de enfermagem recebidos durante o pré-natal.	Colômbia	Fenomenológico	VI	O pré-natal e a educação fortaleceram os sentimentos sobre aceitação e identidade no papel da maternidade, aumentando o vínculo materno-fetal
Lima ⁽¹⁹⁾	Descrever a experiência de mulheres grávidas no atendimento pré-natal de baixo risco na consulta de enfermagem	Brasil	Qualitativa	VI	As vivências ampliaram a visão sobre a importância do enfermeiro, sobre a gerência dos serviços e a promoção de ações educativas e de cuidado da saúde das gestantes
Frayne e Hauck ⁽²⁰⁾	Explorar os determinantes da gravidez saudável e prazerosa	Austrália	Revisão sistemática	V	Os profissionais de saúde podem auxiliar os futuros pais sobre promoção da saúde, direcionando recursos apropriados para prevenção de doenças, riscos no estilo de vida e gerenciamento de preocupações crônicas de saúde
Lori et al. ⁽²¹⁾	Explorar a compreensão e o reconhecimento de gestantes sobre sinais de perigo na gravidez, parto e cuidado com o bebê	Gana	Qualitativo	VI	As mulheres identificaram sinais de perigo na gravidez e no recém-nascido, mas tiveram dificuldade em interpretar e operacionalizar as informações recebidas durante as consultas pré-natais, indicando que a educação em saúde não se traduzia em comportamentos adequados de saúde
Henriques et al. ⁽²²⁾	Verificar as contribuições e potencialidades de um grupo de gestantes enquanto subsídio complementar à assistência pré-natal	Brasil	Exploratória e qualitativo	VI	O grupo atuou como uma ferramenta complementar eficaz, à medida que permitiu uma vivência mais segura e informada do ciclo gravídico-puerperal
Camillo et al. ⁽²³⁾	Identificar evidências acerca das percepções de gestantes e puerperas sobre as ações de educação em saúde na atenção básica	Brasil	Revisão integrativa	V	Evidenciou a necessidade de se repensar o cuidado à este público na atenção primária; o papel de mediador e facilitador do enfermeiro
Silva, Lima e Osório ⁽²⁴⁾	Analisar o impacto de estratégias educacionais desenvolvidas no pré-natal de baixo risco	Brasil	Revisão Sistemática	V	Práticas educativas contribuem para resultados obstétricos favoráveis por minimizarem dúvidas e anseios da mulher durante o processo de gestação, preparando-a para o parto e pós-parto, devendo ser incorporadas nos processos de trabalho.
Adams et al. ⁽²⁵⁾	Avaliar uma intervenção educativa breve, de baixo custo e sustentável, intitulada <i>Centering Progressing Oral Health Promotion</i> .	Estados Unidos	Quase-experimental	III	A educação em saúde bucal e atividades de desenvolvimento de habilidades podem ser eficazes na melhoria da qualidade de vida e saúde das gestantes

Abdulai et al. ⁽²⁶⁾	Avaliar o conhecimento e a consciência do VHB entre as mulheres grávidas	Gana	Transversal	IV	Existe baixo nível de conhecimento e consciência do VHB. Isso poderia potencialmente prejudicar a prevenção e o controle eficazes do VHB em Gana. A educação em hepatite B precisam ser incluídas nas atividades de promoção da saúde
Domingues et al. ⁽²⁷⁾	Avaliar os conhecimentos, as práticas e as atitudes dos profissionais da rede de serviços públicos e identificar as principais barreiras para implantação dos protocolos assistenciais de manejo da sífilis na gestação	Brasil	Transversal	IV	Foram verificadas barreiras relacionadas ao conhecimento e à familiaridade com os protocolos assistenciais, dificuldades na abordagem das DST, questões dos usuários e contexto organizacional
Pohlmann et al. ⁽²⁸⁾	Conhecer o modelo de atenção à saúde utilizado na assistência pré-natal, em unidades de Estratégia Saúde da Família.	Brasil	Qualitativo e exploratório	VI	O modelo biomédico permanece sendo o mais utilizado na assistência pré-natal e a educação em saúde desenvolvida, pelos grupos educativos é reafirmada como estratégia para ultrapassar o modelo assistencial
Lindsay et al. ⁽²⁹⁾	Explorar percepções e experiências de mulheres latinas, de língua espanhola e portuguesa, quanto ao primeiro filho, em relação à comunicação paciente-provedor e aconselhamento sobre o ganho de peso gestacional e atividade física durante a gravidez	Estados Unidos	Estudo misto, de cunho qualitativo	VI	Os resultados sugerem a necessidade de maior integração comunicação e aconselhamento sobre ganho nutricional e atividade física nos serviços de cuidados pré-natais para promover ganho de peso entre mulheres latinas de baixa renda
Brondani et al. ⁽³⁰⁾	Analisar percepções de gestantes e puérperas acerca de experiências vivenciadas, em sala de espera	Brasil	Descritivo e Qualitativo	VI	A formação de grupos intermediados pelo diálogo problematizador, visando promover a reciprocidade do aprender e ensinar, tendo como foco a concepção ampliada de saúde, é um ponto relevante no espaço sala de espera
Silva et al. ⁽³¹⁾	Avaliar práticas educativas segundo os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", em Banco de Leite Humano	Brasil	Descritivo	VI	A relevância do papel do profissional da saúde no incentivo ao contato pele/pele, e amamentação exclusiva e sob livre demanda
Queiroz et al. ⁽³²⁾	Descrever as mudanças no cuidado de enfermeiros após implementação de um grupo de adolescentes grávidas no pré-natal, com base nas expectativas e experiências de adolescentes grávidas	Brasil	Descritivo e qualitativo	VI	As considerações e as sugestões contribuíram para nortear o enfermeiro no desenvolvimento do grupo e efetivá-lo como espaço estratégico de cuidados e apoio
Heberlein et al. ⁽³³⁾	Desenvolver um quadro de experiências de pré-natal para mulheres e comparar as experiências no pré-natal individual e em grupo	Estados Unidos	Exploratório e qualitativo	VI	Foram relevantes: reduzir o estresse relacionado à gravidez; desenvolver confiança e conhecimento para melhorar a saúde; preparação para o trabalho de parto, nascimento e recém-nascido e ter relacionamentos de apoio
Santos et al. ⁽³⁴⁾	Oferecer espaço para troca de experiências e construção de saber conjunto de gestantes e profissionais de saúde	Brasil	Descritivo, tipo relato de experiência	VII	A experiência de promoção de saúde com as gestantes, servindo para mostrar a importância da criatividade e da renovação do profissional de enfermagem e da equipe na implementação da assistência integral
Patra, Arokiasamy Gopi ⁽³⁵⁾	Examinar se o relato de complicações de saúde materna é definido pelo nível de conhecimento de saúde das mulheres	Índia	Descritivo e qualitativo	VI	As mulheres com níveis mais elevados de conhecimento em saúde relataram mais complicações na gravidez e pós-parto e utilizaram mais serviços de saúde

dência seis; três revisões sistemáticas de estudos descritivos^(20,23-24), com evidência cinco; outros três estudos bem delineados de caso-controle ou coorte^(13,26-27); e os demais, em menor número, com nível de evidência dois⁽¹⁶⁻¹⁷⁾; nível de evidência três⁽²⁵⁾; e nível de evidência sete⁽³⁴⁾. Os resultados dos estudos com nível de evidência acima de dois não são considerados “evidência forte” pela prática baseada em evidências⁽³⁶⁾, pouco contribuindo, assim, para construção de diretrizes na prática.

A maior parte dos estudos foi desenvolvida na América-latina (55%), e os demais em outros continentes: Ásia (15%), América do Norte (11%), África (11%), Europa (4%) e Oceania (4%). O aumento de investigações sobre educação pré-natal na prevenção de complicações favorece o saber profissional e a melhoria de indicadores na educação em saúde. Estudo brasileiro apontou dificuldades vivenciadas por enfermeiros em início de carreira relacionadas à assistência pré-natal, principalmente às atividades de conhecimentos (saber), como também em atividades que necessitam de habilidades (saber-fazer)⁽³⁷⁾, o que propõe esta revisão na busca de melhores evidências e atualização profissional.

Os estudos que avaliaram os indicadores de qualidade sobre a condução profissional ou conhecimento das gestantes advindas de atividades do pré-natal sinalizaram: boa interação e relacionamento da comunidade com os profissionais de saúde, o que contribui com a troca de informações⁽¹⁴⁾; a presença atual no uso de álcool na gestação, mesmo em países desenvolvidos⁽¹⁰⁾; compreensão positiva da mulher sobre as informações relacionadas às complicações da gestação⁽¹⁵⁾; orientação no pré-natal sobre o aumento do vínculo mãe-neonato e o papel da maternidade⁽¹⁸⁾; a melhora dos indicadores no pré-natal, com o aumento da vivência entre profissionais e a comunidade⁽¹⁹⁾.

Um estudo em Gana (África) demonstrou que as mulheres souberam identificar os sinais de riscos na gestação, porém houve dificuldade em interpretar a sistematização do atendimento no pré-natal⁽²¹⁾. No entanto, outro estudo⁽²⁶⁾ mostrou baixo nível de conhecimento das gestantes sobre a prevenção e o controle da transmissão da hepatite B no mesmo país. Na Nigéria⁽¹³⁾, estudo sinalizou aumento do conhecimento e testes de HIV após educação das gestantes durante o pré-natal.

As informações, por meio de grupo de gestante, mostraram-se estratégias de educação em saúde eficazes⁽²⁸⁾, o que promove a troca de informações e experiência mútua entre as participantes. Outro estudo buscou informações para nortear os grupos de adolescentes grávidas⁽³²⁾, contribuindo com linguagem direcionada às necessidades desta população. Autores brasileiros⁽²⁷⁾ constataram dificuldades de gestantes no conhecimento e na familiaridade de processos operacionais e organizacionais na assistência pré-natal.

A transmissão de conhecimento, confiança e melhor preparo para trabalho de parto e parto também foram mencionados em estudo norte-americano⁽³³⁾. As informações sobre nutrição e controle do peso foram temas apresentados como poucos abordados e que precisam de maiores discussões⁽¹⁸⁾. Entretanto, estudo indiano mostrou que mulheres com maior nível de conhecimento em saúde, não necessariamente predizem menores complicações na gravidez ou identificação destas⁽³⁵⁾.

As estratégias de educação em saúde, na prevenção de complicações da gestação, não se divergiram nos estudos analisados, em geral, foram realizadas por meio de orientações diretas, grupos e/ou instrumentos informativos. A abordagem, educação direta e individual, foram destacadas pela contribuição nas informações às gestantes, porém foi apontada que as primigestas foram mais beneficiadas nesse tipo de ação⁽¹²⁾.

As complicações e os aconselhamentos sobre nutrição e amamentação materna aumentaram a duração do aleitamento em 60 dias, quando comparado ao grupo de cuidados de rotina realizados no pré-natal⁽¹⁶⁾. Destaca-se a importância do aconselhamento sobre amamentação e papel do profissional nos desfechos promissores relacionados ao puerpério⁽³¹⁾. A educação em saúde bucal foi citada como importante para as gestantes e a qualidade de vida⁽²⁵⁾.

Em estudo iraniano⁽¹⁷⁾, a aplicação de um modelo de educação baseado em “crenças de saúde” contribuiu para transmissão das informações às gestantes, quando comparadas aos indicadores do grupo controle. Outro estudo destacou a educação pré-natal por informações coletivas e mostrou-se eficaz, permitindo vivência mais segura das situações do ciclo gravídico-puerperal⁽²²⁾. O uso de um jogo de educação e dinâmicas de grupos foram estratégias que contribuíram para o processo de ensino-aprendizado, assim como a formação de grupos de educação na recepção do serviço de saúde, problematizando questões da gestação^(11,30).

Um estudo⁽⁹⁾ construiu um instrumento para educação na prevenção da hipertensão na gestação. As desordens hipertensivas gestacionais constituem problema de grande relevância na saúde pública em vários países, o que torna a educação da gestante importante para melhoria dos serviços especializados, diagnóstico precoce e manejo prévio das possíveis complicações relacionadas⁽³⁸⁾.

Os profissionais de saúde capacitados figuram como recursos determinantes para redução de complicações da gestação, assim como suas práticas, devendo ser continuamente adequadas e adaptadas à realidade local^(20,23-24).

CONCLUSÃO

Não foram encontrados estudos enfatizando a importância de ações educativas no pré-natal de alto risco, uma vez que neste nível de assistência, a gestante necessita

de atenção especializada, voltada ao conhecimento para prevenção de complicações na gestação. Destarte, é mister a construção e utilização de tecnologias em saúde na prática assistencial ao pré-natal de baixo e alto risco, pois esta estratégia viabiliza aos profissionais a oferta de assistência de qualidade e contribui positivamente com os indicadores de mortalidade materno-fetal.

Esta revisão apresentou limitações: alguns estudos não detalharam a prática empregada e também o perí-

odo da ação educacional na gestação, o que poderia direcionar melhor emprego das tecnologias estudadas; os métodos delineados e as abordagens encontradas não subsidiaram a elaboração de uma metanálise.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho contou com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- CAPES, por meio de bolsa de doutorado.



REFERÊNCIAS

1. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(3): e00195815.
2. World Health Organization (WHO). United Nations Children's Fund. United Nations Population Fund. World Bank Group. United Nations. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(6):1053-64.
5. Ministério da Saúde (BR). Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
6. Carpes F, Biff D, Stumm KE. Percepção de acadêmicos de enfermagem acerca do papel do enfermeiro no cuidado pré-natal. *Revista Enfermagem Atual*. 2016; 79:20-2.
7. Jacob LMS, Mont'Alverne DGB, Caetano JA, Diógenes MAR, Shimo AKK, Pereira AMM et al. Creation and validation of an educational booklet on the hypertensive pregnancy syndrome. *Int Arch Med*. 2016; 9(42):1-8.
8. Mendes KDS, Silveira RCDP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
9. Carneiro RF, Santos ZMSA, Silva Júnior GB, Landim FLP, Fialho AVM, Carneiro VF. A new educational instrument for hypertension prevention in pregnancy – evaluation through Family health team point of view. *J Nurs UFPE On Line*. 2017; 11(3):1439-50.
10. Howlett H, Gray WK, Dismore L, Mackenzie S, Langley K, Davidson C et al. A survey of attitudes, beliefs and practice regarding alcohol use and screening in pregnancy: an opportunity for support and education? *J Res Nurs*. 2017; 22(8):618-33.
11. Alves ACP, Figueiredo MFER, Sousa NPL, Oliveira CJ, Oliveira DR, Sousa WM. Application of prenatal care light technology: focus on pregnancy women's perception. *Rev Enferm UERJ*. 2013; 21 (esp 1):648-53.
12. Silva ALS, Nascimento ER, Coelho EAC, Nunes IM. Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas. *Rev Cuba Enferm*. 2015; 30(1):40-51.
13. Sekoni OO, Aderibigbe SA, Akande TM. Effect of Health Education on Willingness to Undergo HIV Screening among Antenatal Attendees in a Teaching Hospital in North Central Nigeria. *Bio Med Res Int*. 2014; 456069.
14. Rahman A, Leppard M, Rashid S, Jahan N, Nasreen HE. Community perceptions of behaviour change communication interventions of the maternal neonatal and child health programme in rural Bangladesh: an exploratory study. *BMC Health Serv Res*. 2016; 16:389.
15. Fernandes CB, Picon FS, Paviotti AB, Canevari TS, Pinheiro OL, Spadella MA. Pregnant women knowledge about prenatal development: support for health education. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2013; 23(3):1-9.
16. Khan AI, Kabir I, Eneroth H, Arifeen SE, Ekström E, Frongillo EA et al. Effect of a randomised exclusive breastfeeding counselling intervention nested into the MINIMat prenatal nutrition trial in Bangladesh. *Acta Paediatr*. 2017; 106(1):49-54.
17. Khoramabadu M, Dolatian M, Hajian S, Zamanian M, Taheripana R, Sheikhan Z et al. Effects of Education Based on Health Belief Model on Dietary Behaviors of Iranian Pregnant Women. *Glob J Health Sci*. 2015; 8(2):230-9.
18. Hernández-Betancur AM, Vásquez-Truissi ML. El cuidado Enfermería comprometido: Morot en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. *Rev Univ Salud*. 2015; 17(1):80-96.
19. Lima SS. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na Estratégia Saúde da Família. *Aquichan*. 2013; 13(2):261-9.
20. Frayne J, Hauck Y. Enjoying a healthy pregnancy: GPs' essential role in health promotion. *Aust Fam Physician*. 2017; 46(1):20-5.
21. Lori JR, Dahlem CHY, Ackah JV, Adanu RMK. Examining Antenatal Health Literacy in Ghana. *J Nurs Scholarsh*. 2014; 46(6):432-40.
22. Henriques AHB, Lima GMB, Trigueiro JVS, Saraiva AM, Pontes MGA, Cavalcanti JRD et al. Group of pregnant women: contributions and potential complementarity of prenatal care. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2015; 28(1):23-31.
23. Camillo BS, Nietzsche EA, Salbego C, Cassenote LG, Osto DSD, Böck A. Health education action in primary attention to pregnant and puerperal women: integrative review. *J Nurs UFPE On Line*. 2016; 10(Suppl 6):4894-901.
24. Silva EP, Lima RT, Osório MM. Impact of educational strategies in low-risk prenatal care: systematic review of randomized clinical trials. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(9):2935-48.
25. Adams SH, Gregorich SE, Rising SS, Hutchison M, Chung LH. Integrating a Nurse-Midwife-Led Oral Health Intervention Into CenteringPregnancy Prenatal Care: Results of a Pilot Study. *J Midwifery Womens Health*. 2017; 62(4):463-9.
26. Abdulai MA, Baiden F, Adjei G, Owusu-Agyei S. Low level of Hepatitis B knowledge and awareness among pregnant women in the Kintampo North Municipality: implications for effective disease control. *Ghana Med J*. 2016; 50(3):157-62.
27. Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(5):1341-51.
28. Pohlmann FC, Kerber NPC, Pelzer MT, Dominguez CC, Mi-

- nasi JM, Carvalho VF. Prenatal care model in the far South of Brazil. *Texto Context Enferm*. 2016; 25(1):e3680013.
29. Lindsay AC, Wallingtons SF, Greaney ML, Machado MMT, Andrade GP. Patient-Provider Communication and Counseling about Gestational Weight Gain and Physical Activity: A Qualitative Study of the Perceptions and Experiences of Latinas Pregnant with their First Child. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14(11):1412.
 30. Brondani JE, Aranda AL, Morin VL, Ferraz TR, Colomé CLM, Fedosse E. Pregnant and postpartum women perceptions about waiting room in a Primary Health Care Unit included in the Family Health Strategy. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2013; 26(1):63-70.
 31. Silva CM, Pellegrinelli ALR, Pereira SCL, Passos IR, Santos LC. Práticas educativas segundo os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em um Banco de Leite Humano. *Ciênc Saúde Colet*. 2017; 22(5):1661-71.
 32. Queiroz MVO, Menezes GMD, Silva TJP, Brasil EGM, Silva RM. Pregnant teenagers' group: contributions to prenatal care. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017; 37(spe):e2016-0029.
 33. Heberlein EC, Picklesimer AH, Billings DL, Covington-Kolb S, Farber N, Frongillo EA. Qualitative Comparison of Women's Perspectives on the Functions and Benefits of Group and Individual Prenatal Care. *J Midwifery Womens Health*. 2016; 61(2):224-34.
 34. Santos ACC, Ferreira EJ, Santos L, Souza OSQ. Experience report in the context of health education of mother and child care. *J Nurs UFPE On Line*. 2015; 9(Suppl 5):8474-8.
 35. Patra S, Arokiasamy P, Goli S. Relevance of Health Knowledge in Reporting Maternal Health Complications and Use of Maternal Health Care in India. *Health Care Women Int*. 2016; 37:531-49.
 36. Ckley BJ, Swan BA, Ladwig G, Tucker S. Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions. St. Louis, MO: Mosby Elsevier; 2008.
 37. Dotto LMG, Moulin NM, Mamede MV. Prenatal care: difficulties experienced by nurses. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14(5):682-8.
 38. Monteiro ALS, Soares MC, Maciel PC, Nascimento DJ. Avaliação epidemiológica de gestantes hipertensas crônicas da maternidade HC-UFPR. *Rev Med UFPR*. 2017; 4(1):17-22.



5.2 MANUSCRITO 1

SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Lia Maristela da Silva Jacob¹

Maria Helena Baena de Moraes Lopes²

Antonieta Keiko Kakuda Shimo³

RESUMO

Objetivo: elaborar e validar um instrumento para avaliação de uma intervenção educativa realizada com gestantes hipertensas. **Método:** trata-se de uma pesquisa metodológica. Os itens incluídos no instrumento foram: conhecimento, atitude e prática das gestantes em relação às complicações da síndrome hipertensiva gestacional. As etapas do delineamento foi a elaboração dos itens do instrumento, validação de conteúdo e análise semântica com o público-alvo. **Resultados:** a avaliação das dimensões do instrumento apresentou um Índice de Validade de Conteúdo total de 0,85, sendo a Pertinência de 0,89, a Clareza de 0,81 e a Abrangência de 0,86. Destaca-se que o constructo atitude que foi inferior a 0,8 em todas as dimensões. **Conclusão:** o material foi válido quanto as suas dimensões. Portanto, elaborar e validar instrumentos antes de aplicá-los em ensaios clínicos randomizados, permite ao pesquisador, durante a coleta dos dados, obter resultados mais precisos.

Descritores: Hipertensão induzida pela gravidez; Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde; Estudos de validação; Enfermagem.

Descriptors: Hypertension, Pregnancy-Induced; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Validation Studies; Nursing.

Descriptores: Hipertensión Inducida en el Embarazo; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Estudios de Validación; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O número de mortes maternas de um país constitui importante indicador de sua realidade social, reflete, além dos fatores biológicos, o nível socioeconômico, a qualidade da assistência médica, a iniquidade entre os gêneros e a determinação política de promoção da saúde pública. Sendo assim, fica evidente a necessidade de diminuir os indicadores de mortalidade materna⁽¹⁾.

A hipertensão na gravidez é uma importante complicação que está associada com significativa morbidade e mortalidade materna e fetal. A questão principal no manejo desta complicação é alcançar um equilíbrio entre os benefícios maternos derivados do melhor controle da pressão arterial e os riscos fetais resultantes da toxicidade da medicação e possível hipoperfusão uteroplacentária⁽²⁾.

Os distúrbios hipertensivos da gravidez permanecem sendo um grande problema de saúde materna e neonatal no cenário internacional e nacional. Nos Estados Unidos, a pré-eclâmpsia, isolada ou sobreposta à hipertensão crônica preexistente apresenta o maior risco. Ainda ocorrem morbidade e mortalidade materno-fetais graves, embora o pré-natal adequado, com detecção de sinais de pré-eclâmpsia e parto para término do problema, tenha reduzido o número e a extensão dos desfechos desfavoráveis⁽³⁾.

No Brasil, em 2015, 20,7% dos óbitos foram devidos a transtornos hipertensivos durante a gravidez, parto e puerpério, 17,5% por complicações no trabalho de parto e do parto, e 13,2% por complicações predominantemente puerperais⁽⁴⁾. Infelizmente, para algumas gestantes, a síndrome hipertensiva pode não representar um problema que requer vigilância e controle, seja pelo *déficit* de conhecimento ou pela falta de sensibilização quanto aos riscos. Sendo necessário também, uma reflexão por parte dos profissionais de saúde, que prestam assistência ao pré-natal, visando uma conduta voltada para a prevenção de complicações que transcorrem no período gestacional, parto e puerpério⁽⁵⁾.

Cabe ressaltar que a assistência prestada pelo enfermeiro às gestantes hipertensas deve ter como diferenciais o senso crítico e a autonomia, além do conhecimento técnico-científico, mas precisa estar associada a uma equipe multiprofissional resolutiva e dinâmica⁽⁶⁾. Assim, considera-se importante elaborar novas estratégias de saúde direcionadas para a identificação precoce de agravos durante o pré-natal. Priorizando o acompanhamento individualizado e o tratamento

adequado, como preconizado pela política pública de atenção à gestante de alto risco implantada recentemente⁽⁷⁾.

Portanto, considerando que as intervenções educativas realizadas por enfermeiros são importantes estratégias no que diz respeito à prevenção de complicações e promoção da saúde materna e neonatal, o objetivo do presente estudo foi elaborar e validar um instrumento para avaliação de uma intervenção educativa realizada com gestantes hipertensas.

MÉTODO

Desenho do estudo

Realizou-se uma pesquisa metodológica⁽⁸⁾, uma vez que buscou-se elaborar, validar e avaliar um instrumento de avaliação de intervenção educativa, que fosse confiável e que pudesse ser utilizado posteriormente por outros pesquisadores. Os itens incluídos no instrumento foram: conhecimento (C), atitude (A) e prática (P) das gestantes em relação às complicações da síndrome hipertensiva gestacional (**SHG**).

Foram consideradas as definições descritas a seguir. **Conhecimento** - possibilidade de obter e reter informações a serem utilizadas, uma junção de entendimento, experiência, discernimento e habilidade; **Atitude** - aceitação para reagir de certo modo a certas situações; ver e elucidar eventos de acordo com certas predisposições; acondicionar opiniões dentro de uma estrutura inter-relacionada e coesa, e **Prática** - aplicação de regras e conhecimentos que levam ao cumprimento da ação de maneira ética⁽⁹⁾.

Sendo assim, é importante considerar durante a elaboração de um instrumento de medida, fatores de validade e confiabilidade, pois compreendendo que estes instrumentam integram a prática clínica e a pesquisa em diferentes áreas do conhecimento, a avaliação de sua qualidade é primordial para a seleção de instrumentos que forneçam medidas válidas e confiáveis⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

As etapas do delineamento da pesquisa foram realizadas no período de novembro de 2017 a março de 2018 e foram as seguintes:

Etapas 1 - Elaboração dos Itens do Instrumento

O conteúdo do instrumento foi definido a partir de revisão da literatura e com base em uma cartilha educativa, elaborada e validada por Jacob et al.⁽¹²⁾ sobre SHG que incluiu: definição, classificação, sinais e sintomas, fatores de risco,

consequências, prevenção e tratamento da (SHG) e gestação saudável, totalizando 34 itens. O instrumento foi dividido em quatro dimensões: Identificação sociodemográfica e obstétrica - questões 1 a 11; Conhecimento - questões 12 a 17; Atitude - questões 18 a 24; e Prática - questões 25 a 34.

Etapas 2 - Validação de Conteúdo

A validade de conteúdo representa a avaliação do quanto uma amostra de itens é representativa de um universo definido ou domínio de um conteúdo^(8,13). Foi criado um guia baseado nos princípios de elaboração de escalas psicológicas de Pasquali⁽¹⁴⁾, para a avaliação de conteúdo. Nesta análise, os juízes julgaram se os itens estavam pertinentes aos atributos da construção teórica.

Para selecionar os participantes, seguiu-se os critérios propostos por Jasper⁽¹⁵⁾. Essa autora sinaliza que um *expert* é aquele que “tenha desenvolvido a capacidade para reconhecimento de padrão, por meio de alto nível de conhecimento e habilidades e extensa experiência em um campo específico e que seja identificado como tal por seus pares”⁽¹⁵⁾, permitindo assim serem inseridos profissionais que sejam envolvidos na prática assistencial, no ensino ou pesquisa.

Nessa perspectiva, foram considerados os profissionais com experiência assistencial e ou docência e ou pesquisa nas áreas: saúde materna (obstetrícia), inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) e educação em saúde. A busca dos juízes foi realizada, por meio do currículo disponível na Plataforma Lattes no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ (www.cnpq.br) e por meio de amostragem do tipo “Bola de Neve” que consiste na seleção de sujeitos por meio de indicação ou recomendação de sujeitos anteriores⁽¹⁶⁾.

Desta forma, foi possível identificar 12 juízes, sendo que nove aceitaram a participar do estudo, número suficiente apontado pela literatura que indica o mínimo de cinco e o máximo de 10, ou pelo menos, seis especialistas^(14,17).

Foram encaminhados aos nove juízes, por e-mail e/ou cópia impressa, a carta convite com orientações sobre a pesquisa e sua participação, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, o instrumento de avaliação, o inquérito CAP e uma cópia da cartilha educativa intitulada: “Síndrome Hipertensiva Gestacional - SHG”. Foi solicitado um prazo de 20 dias para apreciação do conteúdo, que foi estendido para mais 10 dias.

O instrumento de avaliação, considerou a pertinência, a clareza e a abrangência dos itens do questionário. Em relação à pertinência, os juízes deveriam considerar o quanto os itens representavam os conceitos envolvidos, se eram relevantes à situação e adequados aos objetivos propostos⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Para verificar a pertinência de cada item foram utilizadas as seguintes possibilidades de resposta^(17,19): (1) Não relevante ou não representativo; (2) Necessita de grande revisão para ser representativo; (3) Necessita de pequena revisão para ser representativo e (4) Relevante ou representativo.

Quanto à clareza, foi avaliada a redação dos itens, ou seja, se expressavam adequadamente o que se desejava medir e se traduzia fielmente o conceito desejado⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ e se os itens estavam escritos de maneira correta e compreensível. Cada item foi avaliado como⁽¹⁷⁾: (1) Não claro; (2) Pouco claro; (3) Moderadamente claro e (4) Muito claro.

Por último, referente à abrangência, avaliaram se os itens permitiam que se obtivesse informações suficientes para atingir o objetivo de cada tópico. Neste momento, era admitido incluir ou excluir itens que eram julgados necessários ou desnecessários, respectivamente⁽²⁰⁾. Cada item foi avaliado como: (1) Não abrangente; (2) Pouco abrangente; (3) Moderadamente abrangente e (4) Muito abrangente. Solicitou-se que os juízes indicassem as revisões necessárias e itens que deveriam ser incluídos ou excluídos^(8,17).

Utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), para medir a concordância entre os juízes, durante o processo de análise das respostas⁽⁸⁾. Este índice permite analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo⁽¹¹⁾. Foi empregada a utilização da escala tipo Likert com pontuação de um a quatro, baseando-se nas respostas dos juízes com relação ao grau de relevância de cada item⁽⁸⁾.

O escore foi computado por meio da somatória dos itens com resposta “3” e “4” dividindo-se o valor pelo número de juízes. Já os itens que receberam avaliações “1” e “2” foram revisados. Considerou-se adequado o IVC igual ou superior a 0,8^(8,21).

Posteriormente, aqueles itens que não atingiram este índice foram alterados e os que atingiram, consideramos uma concordância acima de 90% entre os juízes como um dos critérios de decisão sobre a pertinência do item a que teoricamente se referiu⁽¹¹⁾.

Etapa 3 - Análise Semântica (público-alvo)

Esta etapa foi realizada com 33 gestantes hipertensas que estavam fazendo o pré-natal de alto risco em uma maternidade de atenção terciária no município de Fortaleza - CE. Ao chegarem para a consulta de rotina, as participantes foram convidadas a participar do estudo, sendo explicado o seu objetivo durante a entrevista. Todas aceitaram a participar após leitura e assinatura do TCLE.

O objetivo da análise semântica, também chamada validade aparente ou de face, fundamenta-se na avaliação da facilidade da leitura, da compreensão e da aparência, por meio do julgamento pelo público-alvo a que se destina a tecnologia produzida⁽²²⁾. Após aplicação de todas as etapas, foram realizadas as alterações necessárias e o instrumento foi reenviado para uma nova avaliação e aprovação final pelos juízes.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Campinas, sob o CAAE nº 69789617.5.0000.5404 e parecer nº 2.238.364, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Dos nove juízes participantes, a maioria era do sexo feminino (88,9%), com idade entre 30 e 39 anos (66,7%), que possuíam graduação em enfermagem (88,9%) e tempo de formação de até 10 anos (55,6%), atuando na área de ensino (66,7%), com cargo de professor (66,7%) por um período de até nove anos (55,6%), apresentando titulação máxima de doutor (66,7%), que referiram participar de grupos de pesquisa com a temática SHG ou na área obstétrica (77,8%), tendo publicação de pesquisa envolvendo a temática conhecimento, atitude e prática (CAP) de validação de instrumento (55,6%) e obstetrícia (88,9%).

A avaliação das dimensões do instrumento apresentou um IVC total de 0,85, sendo a Pertinência de 0,89, a Clareza de 0,81 e a Abrangência de 0,86. A maioria dos constructos obtiveram IVC superior a 0,8 (Tabela 1).

Tabela 1 – Avaliação dos juízes sobre as dimensões do instrumento CAP – Síndrome Hipertensiva Gestacional.

Dimensões do instrumento	IVC
Pertinência	0,89
Identificação sociodemográfica e obstétrica	1,00
Conhecimento	0,89
Atitude	0,78
Prática	0,89
Clareza	0,81
Identificação sociodemográfica e obstétrica	0,89
Conhecimento	0,89
Atitude	0,67
Prática	0,78
Abrangência	0,86
Identificação sociodemográfica e obstétrica	1,00
Conhecimento	0,78
Atitude	0,78
Prática	0,89
Total	0,85

Os juízes sugeriram poucas modificações no instrumento, visando, principalmente, uma melhor compreensão acerca de cada questão. A Figura 1 apresenta a versão final do instrumento validado.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
AValiação DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA EM RELAÇÃO À HIPERTENSÃO NA
GRAVIDEZ

Pesquisa: EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA A PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DA SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Objetivo: Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa no conhecimento, na atitude e na prática das gestantes para a prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional

Gestante nº _____ PA _____

Parte 1 – Identificação sociodemográfica e obstétrica

☐ Pré-consulta		☐ 7º dia		☐ 30º dia	
1- Nome (Iniciais):					
2- Procedência (município). Especificar se é o município de residência:					
3- Idade (em anos):					
4- Escolaridade (anos de estudo completos):					
5- Religião:		☐ Católica	☐ Espírita	☐ Evangélica	☐ Judaica
		☐ Umbanda/candomblé	☐ Sem religião	☐ Outra	
6- Cor da pele (autodeclarada):		☐ Branca	☐ Negra	☐ Parda	☐ Amarela
7- Profissão/ocupação:					
8- Renda familiar em R\$:					
9- Estado Civil:		☐ Solteira		☐ União estável (Casada e União consensual)	☐ Viúva
				☐ Divorciada	
10- Número de consultas pré-natais desta gravidez:					
11- Idade gestacional em semanas (IG)? (Se não sabe, colocar DUM ou US para calcular)					
12- G _____ P _____ A _____					
13- IMC:					

Parte 2 – Conhecimento sobre a hipertensão na gravidez

14- Você já ouviu falar sobre hipertensão na gravidez?		☐ Sim	☐ Não
15- A hipertensão na gravidez é:		☐ Uma complicação na gravidez	☐ Um processo normal que ocorre durante a gravidez
16- A hipertensão na gravidez tem alguma relação com a pressão arterial?		☐ Sim	☐ Não
16.1- Se sim, qual?			
17- Quem/ó que lhe deu essa informação (Pode ser marcado mais de um item)?			
☐ TV	☐ Rádio	☐ Internet	☐ Jornal
☐ Escola	☐ Família	☐ Profissionais de saúde	☐ Não lembra
☐ Outro meio:			
18- Você sabe dizer quais as complicações que esta hipertensão pode provocar?			
☐ Não sabe	☐ Complicações no sistema renal	☐ Complicações no sistema cardiovascular	
☐ Sangramento transvaginal	☐ Complicações no sistema neurológico	☐ Complicações no sistema uteroplacentário	
☐ Síndrome Hellp	☐ Parto prematuro	☐ Morte materno-infantil	
☐ Outros:			
19- Você sabe dizer por que se adquire esta hipertensão durante a gestação?		☐ Sim	☐ Não
19.1- Se sim, por quê?			
20- Em sua opinião, o que a gestante sente quando tem a hipertensão na gravidez?			
☐ Dor de cabeça	☐ Dor no estômago	☐ Crise convulsiva	
☐ Inchaço nas pernas, nos pés e/rosto	☐ Pressão arterial elevada constantemente	☐ Perda de proteína na urina	
☐ Aumento exagerado de peso corpóreo	☐ Outros:		
21- Sabe dizer se existe tratamento para hipertensão na gravidez?		☐ Sim	☐ Não
21.1- Se, SIM qual?			
22- Você conhece os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão na gravidez?			
☐ Diabetes	☐ Lúpus	☐ Obesidade	☐ Gravidez múltipla
☐ Primeira gravidez	☐ Gravidez gemelar	☐ Raça negra	☐ Multiparidade
☐ Caso de SHG na gestação anterior	☐ Diabetes hiperproteicas/hipersódica	☐ Idade superior a 35 anos e antes dos 17	☐ Gestação com parceiros diferentes
☐ Outros:			
☐ Antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica			
23- Você sabe dizer quais os tipos de hipertensão na gravidez?			

☐ Hipertensão Crônica – HC	☐ Hipertensão induzida pela gravidez – HIG	☐ Pré-Eclâmpsia – PE
☐ Pré-Eclâmpsia Superposta – PES	☐ Eclâmpsia	☐ Não sabe
24- Sabe qual a sua?	☐ Sim	☐ Não
24.1- Se SIM qual?		

[PARA PREENCHIMENTO DO PESQUISADOR, NÃO PERGUNTAR]
AValiação GERAL DO CONHECIMENTO: () ADEQUADO () INADEQUADO

Parte 3 - Atitude sobre a hipertensão na gravidez

25- Em sua opinião é útil/ necessário ou não que as gestantes recebam informações sobre a hipertensão na gestação logo no início do pré-natal?
☐ Sim ☐ Não

25.1 Se não, por quê?

26- Em sua opinião, uma gestante com hipertensão precisa ter alimentação diferente das gestantes que não têm hipertensão?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

26.1- Se sim, por quê?

27- Em sua opinião, qual a principal preocupação de uma gestante com hipertensão?

Parte 4 - Prática sobre a hipertensão na gravidez

28- Você tem alguma complicação da hipertensão na gravidez?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe informar

28.1- Se, SIM qual? _____

29- Você verifica sua pressão arterial no seu dia a dia, fora das consultas de pré-natal? ☐ Sim ☐ Não

29.1- Com que frequência isso ocorre: _____

30- Está prescrito algum tratamento para hipertensão?
☐ Não ☐ Não sabe ☐ Medicamento ☐ Dieta ☐ Exercícios ☐ Outros

30.1- 1- Medicamentoso – qual? _____
 2 - Dieta, qual? _____

31- Você segue uma dieta específica para prevenir as complicações da hipertensão na gravidez?
☐ Sim ☐ Não

31.1- Se, SIM qual? _____

32- Qual a quantidade de água que você costuma tomar por dia? _____

33- Você faz repouso físico diário (durante o dia)? ☐ Sim ☐ Não

33.1- Por que? _____

34- Você realiza/pratica atividade física? ☐ Sim ☐ Não

34.1- Se SIM qual? _____ Com que frequência? _____

34.2- Se NÃO Por quê? _____

[PARA PREENCHIMENTO DO PESQUISADOR, NÃO PERGUNTAR]
AValiação GERAL DE ATITUDE: () ADEQUADA () INADEQUADA

Obrigada por participar da pesquisa!

Figura 1. Instrumento de avaliação do conhecimento, atitude e prática em relação à Hipertensão na Gravidez.

A elaboração de um instrumento para a avaliação de intervenções educativas sobre a SHG representa uma importante tecnologia de saúde para a assistência à gestante, uma vez que direciona as ações do profissional para a promoção e

manutenção da saúde⁽²³⁾, permitindo a identificação do nível de conhecimento da mulher acerca da doença, a avaliação das suas atitudes e proporciona a análise da sua prática diária a respeito de atividades que podem gerar risco para o desenvolvimento do problema.

Durante a assistência pré-natal, a consulta de enfermagem torna-se um importante momento para a construção do vínculo com a gestante e seus familiares, mediante o incentivo para o diálogo e para a realização de atividades educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos⁽²⁴⁾.

Em relação à avaliação dos juízes, não ocorreram mudanças significativas no conteúdo do instrumento, indicando que a sua elaboração contemplou os principais aspectos relacionados à análise de uma intervenção educativa realizada com gestantes hipertensas. A contribuição dos *experts* permitiu a reformulação de algumas questões, buscando uma melhor compreensão acerca de cada questionamento, com o objetivo de proporcionar uma avaliação confiável e fidedigna, auxiliando nas práticas dos profissionais de saúde.

A assistência de enfermagem à gestante com SHG requer um enfoque diferenciado, que ultrapasse a visão biomédica e contemple aspectos do cotidiano dessas mulheres, como a sua rotina diária com os familiares, os gostos e preferências, o conhecimento adquirido e as atitudes diante do problema⁽⁵⁾. Nesse sentido, o presente instrumento torna-se um dispositivo relevante para o cuidado prestado pelo enfermeiro, uma vez que propicia a mensuração do conhecimento dessas mulheres sobre a hipertensão, permitindo que sejam realizadas intervenções pontuais acerca de tópicos que apresentem fragilidade de informações⁽⁶⁾.

Um estudo realizado com gestantes em Fortaleza – CE evidenciou saberes insuficientes sobre a SHG, gerando dúvidas sobre as causas, evolução e tratamento/acompanhamento da doença⁽⁵⁾, o que representa uma grande problemática, haja vista que durante o acompanhamento pré-natal a equipe multiprofissional deve priorizar as ações de educação em saúde, por favorecerem o empoderamento da mulher na realização das atividades de autocuidado, tornando-a corresponsável pela sua assistência e pelo comprometimento na prevenção de alterações que possam gerar riscos para a saúde e a vida materna e fetal⁽²⁴⁾.

Diante desse contexto, a utilização de um instrumento validado especificamente para as gestantes com hipertensão poderá auxiliar os profissionais de saúde durante as consultas de pré-natal, identificando precocemente os potenciais

riscos que essa mulher apresenta e intervindo em tempo hábil^(21,25). Além disso, o seu uso também poderia atuar no fortalecimento de ações preventivas durante o período gestacional, por meio da prestação de uma assistência segura, humanizada, com maior qualidade e direcionada para as fragilidades existentes no conhecimento, atitudes ou práticas dessas mulheres⁽⁷⁾.

CONCLUSÃO

O processo de elaboração e validação do instrumento para avaliação de uma intervenção educativa foi extremamente relevante, pois as realizações das etapas de elaboração dos itens do instrumento, validação de conteúdo e análise semântica com o público alvo, nos possibilitou a alcançar o nosso objetivo.

O material foi válido quanto as suas dimensões. Portanto, elaborar e validar instrumentos antes de aplicá-lo em ensaios clínicos randomizados, permite ao pesquisador, durante a coleta dos dados, obter resultados mais precisos. Acreditamos que este instrumento possa auxiliar pesquisas futuras que abordem o conhecimento, atitude e prática das gestantes, não só com síndrome hipertensiva gestacional, mas outras complicações relacionadas a gravidez.

REFERÊNCIAS

1. Pereira GT, Santos AAP, Silva JMO, Nagliate PC. Epidemiological profile of maternal mortality due to hypertension: situation analysis of a northeastern state between 2004 and 2013. J Res Fund Care Online. 2017; 99(3):653-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.653-658>
2. Kattah AG, Garovic VD. The management of hypertension in pregnancy. Adv Chronic Kidney Dis. 2013; 20(3): 229-39. DOI: 10.1053/j.ackd.2013.01.014
3. [American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy](#). Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. [Obstet Gynecol](#). 2013; 122(5):1122-31. DOI: 10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88
4. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino ESL, Barreto ML, Barros F et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). Ciênc Saúde Colet. 2018; 23(6):1915-28. DOI: 10.1590/1413-81232018236.03942018

5. Jacob LMS, Mont'Alverne DGB, Figueira MCS, Mafetoni RR, Pimenta CJL, Shimo AKK. Knowledge of pregnant women about Gestational Hypertension Syndrome. *Rev Enf Atual.* 2018; 86:1-8. Available from: http://revistaenfermagematual.com/arquivos/ED_86_REVISTA_24/10_EN.pdf
6. Oliveira GS, Paixão GP, Fraga CDS, Santos MKR, Andrade MS. Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico. *Rev Cuid.* 2017; 8(2):1561-72. DOI: [10.15649/cuidarte.v8i2.374](https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.374)
7. Antunes MB, Demitto MO, Gravena AAF, Padovani C, Pelloso SM. Hypertensive Syndrome and perinatal outcomes in high-risk pregnancies. *Rev Min Enferm.* 2017; 21:e1057. DOI: 10.5935/1415-2762.20170067
8. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
9. Soares ACO, Caminha MFC, Coutinho ACFP, Ventura CMU. Pain in the neonatal unit: the knowledge, attitude and practice of the nursing team. *Cogitare Enferm.* 2016; 21(2):01-10. DOI: [10.5380/ce.v21i2.42897](https://doi.org/10.5380/ce.v21i2.42897)
10. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saúde.* 2017; 26(3):649-59. DOI: 10.5123/s1679-49742017000300022
11. Carvalho, EMP, Gottems LBD, Pires MRGM. Adherence to the best care practices in normal birth: construction and validation of na instrument. *Rev Esc Enferm USP.* 2015, 49(6):890-8. DOI: 0.1590/S0080-623420150000600003
12. Jacob LMS, Mont'Alverne DGB, Caetano JA, Diógenes MAR, Shimo AKK, Pereira AMM et al. Creation and validation of an educational booklet on the hypertensive pregnancy syndrome. *Int Arch Med.* 2016; 9(42):1-8. DOI: 10.3823 / 191
13. Pasquali L. Psychometrics. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(Spe):992-9. DOI: [10.1590/S0080-62342009000500002](https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002)
14. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clín.* 1998; 25(5):206-13. Available from: <http://mpet.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>
15. Jasper MA. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. *J Adv Nurs.* 1994; 20(4):769-76. DOI: [10.1046/j.1365-2648.1994.20040769.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20040769.x)
16. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011.

17. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(7):3061-8. DOI: 10.1590/S1413-81232011000800006
18. Grant JS, Davis LL. Focus on Quantitative Methods: Selection and Use of Content Experts for Instrument Development. *Res Nurs Health*. 1997; 20(3): 269-274. DOI:
19. Mc Gilton K. Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. *J Nurs Res*. 2003; 35(4):72-86. DOI: [10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199706\)20:3<269::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199706)20:3<269::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
20. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee S, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res*. 2003; 27(2):94-105. DOI: [10.1093/swr/27.2.94](https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94)
21. Coluci MZO; Alexandre NMC; Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(3):925-36. DOI: 10.1590/1413-81232015203.04332013
22. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2003
23. Filgueiras TF, Silva RA, Pimenta C JL, Filgueiras TF, Oliveira SHS, Castro RCMB. Instrument for nursing consultation to pregnant women with diabetes mellitus. *Rev Rene*. 2019; 20:e40104. DOI: 10.15253/2175-6783.20192040104
24. Jardim MJA, Silva AA, Fonseca LMB. The nurse's contributions in prenatal care towards achieving the pregnant women empowerment. *J res Fundam Care Online*. 2019; 11(esp):432-40. DOI: 10.15253/2175-6783.20192040104
25. Carvalho EMP, Göttems LBD, Pires MRGM. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(6):890-8. DOI: 10.1590/S0080-623420150000600003

5.3 MANUSCRITO 2

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL DE MATERNIDADE PÚBLICA

Lia Maristela da Silva Jacob¹

Maria Helena Baena de Moraes Lopes²

Antonieta Keiko Kakuda Shimo³

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. **Métodos:** estudo descritivo e correlacional, realizado em unidade Maternidade Escola Assis Chateaubriand, com 120 gestantes, mediante questionário analisados por estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** prevaleceu gestantes com hipertensão crônica (60,83%). Quanto ao perfil sociodemográfico, prevaleceram gestantes com idade média de 30,9 anos, católicas, pardas, com vínculo empregatício, união estável, escolaridade de nível médio e renda até 954 reais. Quanto ao perfil obstétrico, eram gestantes com Índice de Massa Corporal até 66, pressão arterial levemente elevada, média de cinco consultas pré-natais, duas gestações, um parto e nenhum aborto. As mulheres com hipertensão crônica eram mais velhas ($p=0,0024$), tinham menor idade gestacional ($p=0,0219$) e maior número de abortos ($p=0,0140$). **Conclusões:** as gestantes apresentam idade média de 30 anos, baixo nível sociodemográfico e sobrepeso/obesidade. As gestantes com hipertensão arterial crônica, são mais velhas e com maior número de abortos.

Palavras-chave: Enfermagem. Epidemiologia. Saúde da mulher. Hipertensão induzida pela gravidez.

Title: Sociodemographic and obstetric profile of pregnant women with gestational hypertensive syndrome of public maternity

ABSTRACT

Objective: to describe the sociodemographic and obstetric profile of pregnant women with Gestational Hypertensive Syndrome. **Methods:** descriptive and correlational study, held at a Maternity school Assis Chateaubriand, with 120 pregnant women, through a questionnaire analyzed by descriptive and inferential statistics. **Results:** pregnant women with chronic hypertension prevailed (60.83%). Regarding the sociodemographic profile, pregnant women with an average age of 30.9 years, Catholic, brown, with employment link, stable union, average level of schooling and income up to 954 reais prevailed. Regarding the obstetric profile, they were pregnant women with Body Mass Index up to 66, slightly high blood pressure, average of five prenatal consultations, two pregnancies, one delivery and no abortion. Women with chronic hypertension were older ($p=0.0024$), had lower gestational age ($p=0.0219$) and higher number of abortions ($p=0.0140$). **Conclusions:** the pregnant women present a mean age of 30 years, low socio-demographic level and overweight/obesity. Pregnant women with chronic arterial hypertension are older and have a higher number of abortions.

Keywords: Nursing. Epidemiology. Women's health. Hypertension, pregnancy-induced.

Título: Perfil sociodemográfico y obstétrico de embarazadas con Síndrome Gestacional Hipertensivo de maternidad pública

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil sociodemográfico y obstétrico de embarazadas con Síndrome Hipertensivo Gestacional. **Métodos:** estudio descriptivo y correlacional, hecho en una unidad Escuela de maternidad Assis Chateaubriand, con 120 embarazadas, utilizando un cuestionario analizado por estadísticas descriptivas e inferenciales. **Resultados:** prevalecieron las embarazadas con hipertensión crónica (60,83%). En cuanto al perfil sociodemográfico, prevalecieron las embarazadas con promedio de edad de 30,9 años, católicas, pardas, con

*relación laboral, unión estable, nivel de escolarización medio e ingreso de hasta 954 reais. En cuanto al perfil obstétrico, eran embarazadas con Índice de Masa Corporal de hasta 66, presión arterial ligeramente alta, promedio de cinco consultas prenatales, dos embarazos, un parto y ningún aborto. Las mujeres con hipertensión crónica eran mayores ($p=0,0024$), tenían edad gestacional menor ($p=0,0219$) y mayor número de abortos ($p=0,0140$). **Conclusiones:** las mujeres embarazadas presentan una edad media de 30 años, un nivel sociodemográfico bajo y sobrepeso/obesidad. Las mujeres embarazadas con hipertensión arterial crónica son mayores y tienen un mayor número de abortos.*

Palabras clave: Enfermería. Epidemiología. Salud de la mujer. Hipertensión inducida en el embarazo.

INTRODUÇÃO

É frequente a associação entre a hipertensão arterial e a gestação⁽¹⁾. Epidemiologicamente, distúrbios hipertensivos da gravidez afetam cerca de 10,0% de todas as mulheres grávidas no mundo⁽¹⁻²⁾. Em países desenvolvidos, esta incidência varia entre 2 e 8,0% das gestações, menor que em países em desenvolvimento, como o Brasil que pode alcançar acima de 10,0%⁽³⁾.

Esse grupo de distúrbios hipertensivos, inclui pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hipertensão gestacional e hipertensão crônica, sendo importante causa de morbidade aguda grave, incapacidade a longo prazo e morte entre mães e bebês⁽²⁾.

O diagnóstico de hipertensão arterial na gravidez é realizado quando os níveis pressóricos são iguais ou superiores a 140/90 mmHg. É classificado como pré-eclâmpsia, quando a hipertensão surge após a 20ª semana de gestação associada à proteinúria; hipertensão crônica, quando identificada antes da gestação ou antes da 20ª semana; e pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, ocorre quando a paciente apresenta hipertensão prévia e proteinúria após a 20ª semana de gestação⁽¹⁾.

A hipertensão na gravidez é também denominada de Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG), termo utilizado neste estudo para caracterização diagnóstica desta condição de saúde, cujas complicações aumentam a incidência de morbimortalidade e, juntamente, as infecções e hemorragias, estando entre as três causas de morte materna no Brasil⁽⁴⁾.

É interessante destacar fatores de risco que elevam a probabilidade de uma gestação desenvolver SHG, como: diabetes, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 30 anos, antecedentes pessoais e/ou familiares de pré-eclâmpsia, hipertensão arterial crônica e etnia⁽⁵⁾.

O acompanhamento pré-natal constitui-se uma das ações fundamentais para prevenção e tratamento da SHG, impactando de maneira positiva nos indicadores de saúde materno-infantis. Assim, o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando fim da gestação, nascimento de criança saudável e garantia do bem-estar materno e neonatal⁽⁶⁾.

Portanto, o conhecimento do perfil epidemiológico, concentrado nas características sociodemográficas e obstétricas de gestantes com a síndrome, favorece o planejamento da assistência pré-natal, a identificação precoce da doença e o desenvolvimento de plano terapêutico para adequado acompanhamento de gestantes de alto risco.

Desse modo, o enfermeiro tem papel importante no cuidado à gestante hipertensiva, uma vez que é capaz de direcionar a assistência para necessidades clínicas, melhorando, assim, a qualidade do atendimento e, conseqüentemente, prevenindo complicações provocadas por esse problema. Desta forma, o estudo objetivou descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico de gestantes com SHG, verificando correlação ou associação entre as variáveis, em particular o tipo de hipertensão, arterial crônica ou gestacional, com as variáveis sociodemográficas.

MÉTODOS

Estudo descritivo, correlacional, exploratório, derivado da tese de doutorado intitulada “Efeito de uma intervenção educativa para a prevenção das complicações da SHG: ensaio clínico randomizado”, realizada em unidade materno-fetal de atenção terciária pública, localizada em município do nordeste brasileiro, referência no atendimento às gestantes de alto risco.

A população foi composta por mulheres grávidas com diagnóstico ~~médico~~ de SHG. Fizeram parte do estudo gestantes que atenderam aos critérios de inclusão: de qualquer idade que forem alfabetizadas com condições de comunicação verbal na língua portuguesa. Foram excluídas gestantes acima de 33 semanas. Justifica-se esse período considerando que para o ensaio clínico randomizado com aplicação de pós teste após sete e 30 dias após a intervenção, limitar até 33 semanas, considerando a 38ª semana como limite para a gestante entrar em trabalho de parto, não iria expor o estudo ao risco de perder a amostra. Assim, amostra foi composta por 120 gestantes.

Os dados foram coletados de novembro de 2017 a abril de 2018, mediante entrevistas, com utilização de questionário composto por perguntas objetivas desenvolvidas pelos próprios pesquisadores. A coleta foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As variáveis do estudo foram: religião, cor da pele, vínculo empregatício externo à função de dona de casa, estado civil, idade, escolaridade, renda familiar, Índice de Massa Corporal (IMC), Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD), número de consultas pré-natais da atual gestação, antecedentes de gestações, partos e abortos e tipo de hipertensão (crônica ou gestacional). As variáveis equivalentes à renda familiar, idade e escolaridade foram categorizadas por meio da mediana, como ponto de corte; e o IMC com a junção das gestantes classificadas como acima do peso (25 – 29,99) e obesidade I (30 – 34,99),

como primeira categoria; e junção das classificadas como obesidade II (35 – 39,99) e III (acima de 40), como segunda categoria.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, sendo as variáveis categóricas expressas em frequência simples e porcentagem, e as variáveis quantitativas em medidas de tendência central e dispersão, por meio dos *softwares Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24 e *Statistical Analysis System* (SAS) versão 9.4. Empregou-se o teste não paramétrico U de *Mann-Whitney* para estatística analítica, conforme a distribuição dos dados, avaliada pelo teste de *Shapiro-Wilk*, bem como os testes de qui-quadrado ou exato de Fisher. Os valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

O artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 69789617.5.0000.5404), em 2 de outubro de 2017, atendendo aos padrões éticos regidos pela Resolução 466/12⁽⁷⁾.

RESULTADOS

Dentre as 120 gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional, 73 tinham hipertensão arterial crônica (60,83%) e 47 (39,17%), hipertensão gestacional. O perfil sociodemográfico e as condições obstétricas das gestantes investigadas com SHG encontram-se nas Tabelas 1 e 2, respectivamente.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das gestantes investigadas com Síndrome Hipertensiva Gestacional (n=120).

Variáveis	n (%)
Religião	
Católica	71 (59,2)
Evangélica	35 (29,2)
Sem religião	7 (5,8)
Espírita	4 (3,3)
Outra	3 (2,5)
Cor da pele	
Parda	85 (70,8)
Branca	19 (15,8)
Negra	13 (10,8)
Amarela	3 (2,6)
Vínculo empregatício externo à função de dona de casa	
Sim	72 (60,0)
Não	48 (40,0)
Estado civil	
União estável	91 (75,8)
Solteiro	29 (24,2)
Idade (anos)	
18 - 31	60 (50,0)
32 - 46	60 (50,0)
	<i>Continua</i>

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das gestantes investigadas com Síndrome Hipertensiva Gestacional (n=120). *Continuação*

Variáveis	n (%)
Escolaridade (anos)	
6 - 11	105 (87,5)
12 - 15	15 (12,5)
Rede familiar (reais)	
85 - 954	61 (50,8)
955 - 4.400	59 (49,2)
	Média (desvio-padrão) Mínimo Máximo Mediana
Renda familiar (reais)	1.149,3 (702,2) 85 4.400 954
Idade (anos)	30,9 (6,9) 18 46 31,5
Escolaridade (anos)	10,0 (2,46) 6 15 11

Tabela 2 – Condições obstétricas das gestantes investigadas com Síndrome Hipertensiva Gestacional (n=120)

variáveis	n (%)
Índice de Massa Corporal	
Obesidade II e III	60 (50,0)
Acima do Peso e Obesidade I	60 (50,0)
	Média (desvio-padrão) Mínimo Máximo Mediana
Pressão arterial sistólica (mmHg)	129,86 ± 16,43 90 190 130
<i>Continua</i>	

Tabela 2 – Condições obstétricas das gestantes investigadas com Síndrome Hipertensiva Gestacional (n=120). *Continuação*

	Média (desvio-padrão)	Mínimo	Máximo	Mediana
Pressão arterial diastólica (mmHg)	81,08 ± 13,28	30	120	80
Índice de Massa Corporal	35,26 ± 7,15	20,7	66	34,41
número de consultas pré-natais da atual gestação	5,29 ± 2,70	1	15	5
Gestação	2,77 ± 1,72	1	8	2,5
Partos	1,18 ± 1,39	0	7	1
Abortos	0,55 ± 0,98	0	6	0

Não foram observadas diferenças significativas entre as categorias de IMC com relação à PAS, PAD, escolaridade, renda familiar e aos antecedentes de partos ($p > 0,05$). No entanto, foram constatadas diferenças significativas com relação ao número de consultas pré-natais da atual gestação ($p = 0,026$), antecedentes de gestações ($p = 0,008$), abortos ($p = 0,017$) e idade ($p = 0,002$) (Tabela 3).

Nas comparações entre as faixas etárias, não se evidenciou significância estatística em relação à PAS, PAD, renda familiar e ao número de consultas pré-natais da atual gestação ($p > 0,05$). Porém, diferenças significativas foram evidenciadas em relação à escolaridade ($p = 0,043$), aos antecedentes de gestações ($p = 0,001$), partos ($p = 0,001$), abortos ($p = 0,004$) e ao IMC ($p = 0,026$) (Tabela 3).

Quando comparadas as faixas de escolaridade, não foram identificados resultados significantes com relação à PAS, PAD, ao número de consultas pré-natais da atual gestação, aos abortos, ao IMC e à idade ($p > 0,05$). Na relação com antecedentes de gestações ($p = 0,010$),

partos ($p = 0,001$) e renda familiar ($p = 0,007$), foram observadas diferenças significativas (Tabela 3).

Tabela 3 – Relação entre o perfil sociodemográfico e obstétrico, e categorias do Índice de Massa Corporal, Idade e Escolaridade das gestantes investigadas com Síndrome Hipertensiva Gestacional ($n=120$). Somente os resultados significativos são apresentados

	Índice de Massa Corporal		p-valor*
	Acima do peso e obesidade I (n = 60)	Obesidade II e III (n = 60)	
Número de consultas			
pré-natais da atual	53,48	67,53	0,026
gravidez			
Gestação	68,76	52,24	0,008
Abortos	66,9	54,1	0,017
Idade	70,27	50,73	0,002
	Idade		p-valor*
	18 a 31 (n = 60)	32 a 46 (n = 60)	
Escolaridade	66,6	54,4	0,043
Gestação	47,5	73,5	0,001
Partos	47,95	73,05	0,001
Abortos	52,8	68,2	0,004
Índice de Massa			
Corporal	67,56	53,44	0,026
<i>Continua</i>			

Tabela 3 – Relação entre o perfil sociodemográfico e obstétrico, e categorias do Índice de Massa Corporal, Idade e Escolaridade das gestantes investigadas com Síndrome Hipertensiva Gestacional (n=120). Somente os resultados significativos são apresentados. *Continuação*

	Escolaridade		p-valor*
	6 a 11 (n = 105)	12 a 15 (n = 15)	
Gestação	63,5	39,47	0,001
Partos	64,53	32,3	0,001
Renda familiar	57,3	82,9	0,007

* teste não paramétrico U de Mann-Whitney

Na análise quanto às categorias de renda familiar, evidenciou-se diferença significativa apenas com relação à escolaridade ($p = 0,043$). Quanto ao vínculo empregatício, observou-se, como esperado, diferença significativa com relação à renda familiar das gestantes ($p = 0,002$). E, para as comparações com relação ao estado civil, foi evidenciada diferença significativa com relação à PAD ($p = 0,013$).

Por fim, considerando-se o tipo de hipertensão gestacional, observou-se que as mulheres com hipertensão crônica eram mais velhas ($p=0,0024$), com idade média de $32,47 \pm 6,69$ anos, enquanto a idade média das demais era de $28,57 \pm 6,74$ anos, tinham menor idade gestacional ($p=0,0219$) e maior número de abortos ($p=0,0140$).

DISCUSSÃO

Inicialmente, é relevante considerar que a gravidez se desenvolve em um contexto sociocultural que determina sua evolução e trajetória na assistência à saúde. Diante disto, também é oportuno pontuar razões como antecedentes obstétricos e conjuntura

sociodemográfica para conhecer os fatores de risco que possam interferir na saúde materno-fetal e direcionar a assistência⁽⁸⁾.

No desenvolvimento deste estudo, foram entrevistadas 120 gestantes diagnosticadas com SHG, com destaque para o perfil de que a maioria (59,2%) se declarava católica, 70,8% pardas, 60% tinham vínculo empregatício externo à função de dona de casa, 75,8% se encontravam em união estável, 50% composta por mulheres com idades entre 32 e 46 anos, 87,5% possuíam até 11 anos de escolaridade e pouco mais da metade (50,8%) com renda familiar até 954 reais. Esses achados convergem com o perfil de gestantes de alto risco evidenciados em outros estudos nacionais⁽⁸⁻⁹⁾.

As recomendações do Ministério da Saúde para gestação de alto risco⁽¹⁰⁾, bem como dos princípios do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento⁽¹¹⁾ e da Rede Cegonha⁽¹²⁾, sugerem que as gestantes devem ter condições clínicas e obstétricas frequentemente avaliadas para identificação precoce e adequada de situações que possam causar complicações ao desenvolvimento da gravidez e, quando necessário, direcionar a gestante ao pré-natal de alto risco.

Em relação ao perfil obstétrico, 50% das mulheres encontrava-se com IMC de obesidade II e III, PAS média de $129,86 \pm 16,43$ mmHg e a PAD de $81,08 \pm 13,28$ mmHg, apresentaram média de $5,29 \pm 2,70$ consultas pré-natais da atual gravidez e histórico médio de $2,77 \pm 1,72$ gestações, $1,18 \pm 1,39$ partos e $0,55 \pm 0,98$ abortos. Esses achados convergem com outras pesquisas, evidenciando fatores sociodemográficos e obstétricos como fatores de risco para desenvolvimento de SHG. Aponta-se que todas as participantes avaliadas possuíam diagnóstico confirmatório de SHG.

Quanto ao estado civil, à ocupação e escolaridade, o estudo corrobora com pesquisa realizada com gestantes de alto risco, quanto ao perfil de maior prevalência, que mostrou 52% das entrevistadas casadas e 64% com ensino médio completo (11 anos)⁽⁴⁾, porém apresenta

discordância no que diz respeito à ocupação, pois evidenciou 60% das entrevistadas com vínculo empregatício. Estudos anteriores apresentam maior prevalência para ocupação de dona de casa⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Dentre essas variáveis, o nível de ensino merece atenção, uma vez que a baixa escolaridade pode representar fator de risco para uma das complicações decorrentes à SHG⁽¹⁵⁾, pois está relacionada ao menor acesso à informação e ao limitado entendimento da importância dos cuidados com a saúde, notadamente, no que diz respeito à prevenção da gravidez precoce e história prospectiva de multigestação, pois evidenciaram-se diferenças significativas dessas variáveis entre quem tem baixa e alta escolaridade.

A amostra da presente pesquisa pode ser caracterizada por condição socioeconômica desfavorável, devido à baixa escolaridade e renda familiar, o que a torna representativa de população atendida pelo serviço público de saúde. Salienta-se que condições socioeconômicas insatisfatórias podem elevar o risco na gestação, uma vez que costumam se associar ao maior estresse e às condições nutricionais deficientes⁽¹⁶⁾.

Em relação ao estado nutricional durante a gestação, metade das gestantes relatou estar acima do peso e houve diferenças significativas, com as que apresentaram menor IMC, do número de consultas pré-natais da atual gestação, antecedentes de gestações, abortos e idade. Atualmente, tanto o estado nutricional materno como o ganho de peso gestacional vêm configurando o foco de diversos estudos, pela crescente prevalência dos distúrbios alimentares, como também devido ao papel essencial sobre os desfechos gestacionais. A obesidade materna influencia na saúde materna, no tempo de gestação e em possíveis complicações pré e pós-parto⁽¹⁶⁾.

A metade das entrevistadas eram jovens, em idade fértil, no entanto, é importante enfatizar que do total de 120 gestantes, a outra metade tinha idade superior a 35 anos, corroborando com achados de estudo anterior⁽¹³⁾. Mulheres com 35 anos ou mais, geralmente,

estão suscetíveis a resultados perinatais adversos e morbidade e mortalidade materna, sendo consideradas gestações tardias. Desta forma, estudos evidenciam que devido à senescência ovariana e ao aumento da frequência de doenças crônicas em mulheres nessa faixa etária, à medida que a gestação é adiada, maior é a probabilidade de a mulher tornar-se suscetível a vários riscos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ e percebeu-se que entre as entrevistadas, a escolaridade, os antecedentes de gestações, partos, abortos e o IMC foram diferentes entre mulheres mais jovens e as de idade avançada. O grupo de gestantes com hipertensão crônica tinha uma idade maior, acima dos 30 anos, em média, o que está em acordo com a literatura⁽⁵⁾.

Estudos longitudinais e de base populacional são necessários para melhor definição dos riscos associados à ocorrência da SHG em gestantes assistidas não só no serviço público, mas também no serviço privado. A identificação e controle mais antecipado possível desses fatores poderá reduzir o impacto de possíveis intercorrências gestacionais.

O conhecimento do perfil de gestantes com SHG é importante para que os profissionais que atuam, principalmente no pré-natal, direcionem ações para o diagnóstico precoce e a prevenção das principais complicações que a Síndrome pode causar durante e após a gestação para mãe e neonato.

Portanto, é necessário que os profissionais identifiquem precocemente os fatores de risco para SHG e respectivo tratamento, possibilitando benefícios para um dos setores da Saúde Pública mais destacados atualmente, alvo dos programas de assistência materna e neonatal, diminuindo, assim, os indicadores de mortalidade deste binômio.

CONCLUSÕES

O grupo de gestantes com síndrome hipertensiva gestacional apresenta idade média por volta dos 30 anos, baixo nível sociodemográfico e sobrepeso ou obesidade. Considerando-se o

tipo de hipertensão arterial, as gestantes com hipertensão arterial crônica, são mais velhas e com maior número de abortos.

Considerou-se como limitação a proposta do desenho metodológico do estudo. O delineamento descritivo e exploratório impossibilitou a contribuição para evidências de fatores de risco para SHG, delimitando-se ao cenário descritivo proposto. Porém, é importante destacar que os resultados encontrados podem trazer contribuições para serviços de saúde, com informações que podem direcionar ações, especialmente durante a consulta pré-natal.

Sendo assim, os resultados do presente estudo evidenciam a importância de conhecer e analisar os dados sociodemográficos e obstétricos da população atendida a fim de viabilizar a assistência planejada em ações prioritárias na promoção de pré-natal, parto e puerpério saudável.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: WHO; 2011.
3. Henderson JT, Thompson JH, Burda BU, Cantor A, Beil T, Whitlock EP. Screening for Preeclampsia: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis. JAMA. 2017; 317(16):1668-83.
4. Lima JP, Veras LLN, Pedrosa EKFS, Oliveira GSC, Guedes MVC. Socioeconomic and clinical profile of pregnant women with Gestational Hypertension Syndrome. Rev Rene. 2018; 19:e3455. doi: 10.15253/2175-6783.2018193455
5. Nóbrega MF, Santos MTBR, Davim RMB, Oliveira LFM, Alves ESRC, Rodrigues ESRC. Profile of pregnant women with hypertensive syndrome in a public maternity. Rev enferm UFPE on line. 2016; 10(5):1805-11. doi: 10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201629
6. Amorim FCM, Neves ACN, Moreira FS, Oliveira ADS, Nery IS. Profile of pregnant women with pre-eclampsia. Rev enferm UFPE on line. 2017; 11(4):1574-83. doi: 10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201703
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
8. Rodrigues ARM, Dantas SLC, Pereira AMM, Silveira MAM, Rodrigues DP. High-risk pregnancy: analysis of health determinants. SANARE. 2017; 16(supl 1): 23-8.

9. Sbardelotto T, Pitilin EB, Schirmer J, Lentsck MH, Silva DTR, Tombini LHT. Características definidoras e fatores associados à ocorrência das síndromes hipertensivas gestacionais. *Cogitare Enferm.* 2018; 23(2): e53699.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico. Gestação de Alto Risco. 5ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Ministério da Saúde (BR). Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
13. Aldrighi JD, Ribeiro SS, Wall ML, Züge SS, Souza SRRK, Piler AA. Sociodemographic and obstetric profile of women in advanced Maternal age. *Rev Enferm UFSM.* 2018; 8(3): 423-37. doi: 10.5902/2179769225922
14. Oliveira ACM, Graciliano NG. Hypertensive disorders of pregnancy and gestational diabetes mellitus in a public maternity hospital of a Northeastern Brazilian capital, 2013: prevalence and associated factors. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015; 24(3):441-51. doi: 10.5123/S1679-49742015000300010
15. Eze ED, Barasa A, Adams MD, Rabiun KM, Ezekiel I, Sulaiman SO, et al. Determination, knowledge and prevalence of pregnancy-induced hypertension/eclampsia among women of childbearing age at Same District Hospital in Tanzania. *Int J Med Med Sci.* 2018; 10(2): 19-26. doi: 10.5897/IJMMS2017.1343
16. Oliveira AC, Almeida LB, Lucca A, Nascimento V. Estudo da relação entre ganho de peso excessivo e desenvolvimento de diabetes mellitus e doença hipertensiva específica na gestação. *J Health Sci Inst.* 2016; 34(4):231-9.
17. Alves NCC, Feitosa KMA, Mendes MES, Caminha MFC. Complications in pregnancy in women aged 35 or older. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017; 38(4):2017-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0042>
18. Bezerra ACL, Mesquita JS, Brito MCC, Teixeira FV. Desafios enfrentados por mulheres primigestas em idade avançada. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2015; 19(2):163-8. doi: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2015.19.02.12>

AGRADECIMENTOS

Este trabalho contou com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, por meio de bolsa de doutorado.

5.4 MANUSCRITO 3

Conhecimento, atitude e prática sobre síndrome hipertensiva gestacional entre gestantes: ensaio clínico randomizado

Lia Maristela da Silva Jacob¹

Maria Helena Baena de Moraes Lopes²

Antonieta Keiko Kakuda Shimo³

Resumo

Objetivo: avaliar conhecimento, atitude e prática sobre síndrome hipertensiva gestacional entre gestantes, após intervenção educativa. **Método:** ensaio clínico controlado, randomizado e longitudinal, relacionado ao inquérito Conhecimento, Atitude e Prática sobre complicações da síndrome hipertensiva gestacional, com 120 gestantes atendidas em maternidade pública. Coleta de dados realizada em três momentos e gestantes separadas em dois grupos contendo 60 participantes. Para comparações quantitativas, foi aplicado o teste t de Student ou Mann-Whitney. Para estudar associações qualitativas, o teste Qui-quadrado ou exato de Fisher. **Resultados:** foi identificada avaliação adequada do Conhecimento, Atitude e Prática no grupo intervenção, no sétimo e trigésimo dia pós-intervenção, apresentando $p < 0,05$, com aumento de chance para o conhecimento adequado no sétimo dia (OR=6,63 – IC: 3,5 -12,55) e no trigésimo dia (OR= 6,25 – IC: 3,13 – 12,50). Neste grupo, a atitude foi adequada no sétimo dia (OR= 6,11 – IC: 3,28-11,39) e no trigésimo dia (OR= 6,44 – IC: 3,49- 11,89). Prática também adequada no sétimo dia (OR=3,73- IC: 2,21-6,28) e trigésimo dia (OR=4,91 – IC: 2,90-8,32). **Conclusão:** as gestantes que participaram da intervenção educativa apresentaram mais adequabilidade em relação ao conhecimento, atitude e prática, quando comparadas com gestantes que participaram do grupo controle. (ReBEC: nº RBR- 8wyp8j).

Descritores: Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde; Hipertensão Induzida pela Gravidez; Estudos de Intervenção; Educação em Saúde; Tecnologia Educacional; Enfermagem.

Keywords: Health Knowledge, Attitudes, Practice; Hypertension, Pregnancy-Induced; Clinical Trial; Health Education; Educational Technology; Nursing.

Palabras clave: Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Hipertensión Inducida en el Embarazo; Ensayo Clínico; Educación en Salud; Tecnología Educacional; Enfermería.

Introdução

A hipertensão arterial na gestação é definida como a ocorrência de pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg, considerando-se o quinto ruído de Korotkoff, confirmada por outra medida realizada com intervalo de 4 horas. A medida deve ser realizada idealmente com a paciente sentada e alternativamente com a gestante em decúbito lateral⁽¹⁾.

Estima-se que a Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG) afeta cerca de 5-8% de todas as mulheres grávidas no mundo. No Brasil, a SHG é a primeira causa de mortalidade materna, sendo a maior responsável pelo elevado número de óbitos perinatais, além do aumento significativo de neonatos com sequelas⁽²⁻³⁾.

Ao considerar a elevada incidência da SHG, assim como magnitude e impacto desta no desfecho perinatal e a atual política de atenção à gestante de alto risco, urge evidenciar a necessidade de cuidados especializados à gestante, por meio de pré-natal especializado e com qualidade⁽⁴⁾. Lamentavelmente, algumas gestantes estão “carentes” de informações em relação às síndromes hipertensivas, sendo necessária a atuação mais efetiva dos profissionais, no que diz respeito à prevenção destas e à promoção da saúde, enfocando possíveis complicações e tratamento adequado⁽⁵⁾.

Estudo realizado no Brasil apontou que a maioria das gestantes participantes afirmou fragilidades em relação às orientações precisas sobre a SHG durante a consulta do pré-natal. Apesar disso, foi claramente observado que enfermeiros são valorizados pelo trabalho que realizam⁽⁶⁾.

No período gestacional, é importante que os profissionais da saúde percebam precocemente riscos ou complicações, para que possam provocar ações direcionadas aos fatores de risco, com possibilidade de resgate do bem-estar materno e neonatal. Na atenção integral à saúde da gestante no pré-natal, seja de risco habitual ou alto risco, deve-se direcionar a proteção à vida das gestantes, no entanto, é dever do estado e obrigação dos profissionais que assistem as mulheres no período gravídico⁽⁷⁾.

É necessária promoção da saúde, por meio da educação nas consultas de pré-natal e atendimento intra-hospitalar, a fim de aprimorar conhecimento e humanizar o atendimento oferecido⁽⁸⁾.

Portanto, enfermeiros inseridos na assistência ao pré-natal de alto risco devem enfocar nos cuidados preventivos, nas ações educativas, para que consigam melhorar essas assistências prestadas e se reconhecerem como sujeitos transformadores, com ações efetivas na assistência, sendo possível criar vínculo de confiança com essas gestantes⁽⁹⁾.

Destaca-se que a assistência de enfermagem deve identificar, precocemente, os sinais de complicações da SHG, com a padronização do atendimento, a partir de instrumentos que direcionem as ações essenciais, respeitando a individualidade de cada gestante, não apenas no contexto biológico da doença, mas que conduza a gestante, considerando singularidade particular⁽¹⁰⁾.

Nesse contexto, objetivou-se avaliar conhecimento, atitude e prática sobre SHG entre gestantes, após intervenção educativa.

Método

Trata-se de ensaio clínico controlado, randomizado e longitudinal, relacionado ao inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) sobre as complicações da SHG, realizada de novembro de 2017 a abril de 2018, com gestantes atendidas em ambulatório materno-fetal de uma maternidade de atenção terciária pública.

Esse desenho de estudo é caracterizado por proporcionar investigação em seres humanos, com objetivo de descobrir ou verificar os efeitos de medidas farmacológicas ou não, buscando averiguar segurança e/ou eficácia⁽¹¹⁾.

A população foi composta pelas mulheres que realizaram pré-natal de alto risco na referida maternidade. Foram incluídas na amostra gestantes de qualquer idade, diagnosticadas com SHG, idade gestacional de até 33 semanas e alfabetizadas, com condições de comunicação verbal na língua portuguesa. Os critérios de exclusão foram: idade gestacional acima de 33 semanas, dificuldades para entender as perguntas do questionário ou a intervenção. Os critérios de desistência ou perda foram a interrupção da gravidez, desistência em participar da pesquisa ou impossibilidade de contato telefônico após cinco tentativas, em horários diferentes e dias consecutivos, totalizando 120 participantes avaliadas para elegibilidade.

O tamanho amostral foi obtido considerando a metodologia de um cálculo amostral com o objetivo de estimar uma proporção. Foi considerada uma proporção p igual a 0,50, cujo valor representa a variabilidade máxima da distribuição binomial, gerando assim uma estimativa com o maior tamanho amostral possível.

O tamanho amostral (n) para uma proporção, considerando uma população finita, pode ser estimado por meio da seguinte fórmula⁽¹²⁻¹³⁾:

$$n = \frac{Np(1 - p)}{p(1 - p) + (N - 1)D^2}$$

Nessa fórmula, “ N ” representa a população de gestantes hipertensas atendidas na unidade. Já “ D ”, a precisão da estimativa a ser mensurada, que pode ser descrita como “ B/Z ”, em que “ B ” é o erro amostral e “ Z ” é um percentil da distribuição normal padrão.

A população considerada para o cálculo do tamanho amostral era composta por aproximadamente 170 gestantes hipertensas (número estimado com base nos dados de um mês de atendimento). Além disso, foi assumido um erro amostral de 5% e um nível de significância de 5%. Com isso, o tamanho amostral obtido foi de 120 gestantes. As gestantes que compuseram a amostra foram divididas entre os dois grupos (controle e intervenção) por meio do esquema de aleatorização por blocos de tamanho aleatório.

As gestantes foram distribuídas pelo processo de randomização em dois grupos igualmente distribuídos com taxa de alocação de 1:1 de forma paralela, Grupo de Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). A intervenção foi realizada individualmente, com a cartilha educativa intitulada: “Síndrome Hipertensiva Gestacional”⁽¹⁴⁾ e como estratégia a entrevista motivacional. Para a coleta de dados, foi elaborado e validado o instrumento.

A coleta de dados foi realizada em três momentos: antes da intervenção e consulta habitual (pré-teste) na maternidade, após sete e 30 dias da consulta habitual do pré-natal (GC), e o mesmo período para o grupo que foi aplicada intervenção (GI), por meio do contato telefônico. Dois auxiliares de pesquisa foram treinadas para aplicação do inquérito CAP (pós teste – 7º e 30º dia). Os mesmos não tiveram conhecimento das hipóteses do estudo e das gestantes alocadas para GI e GC.

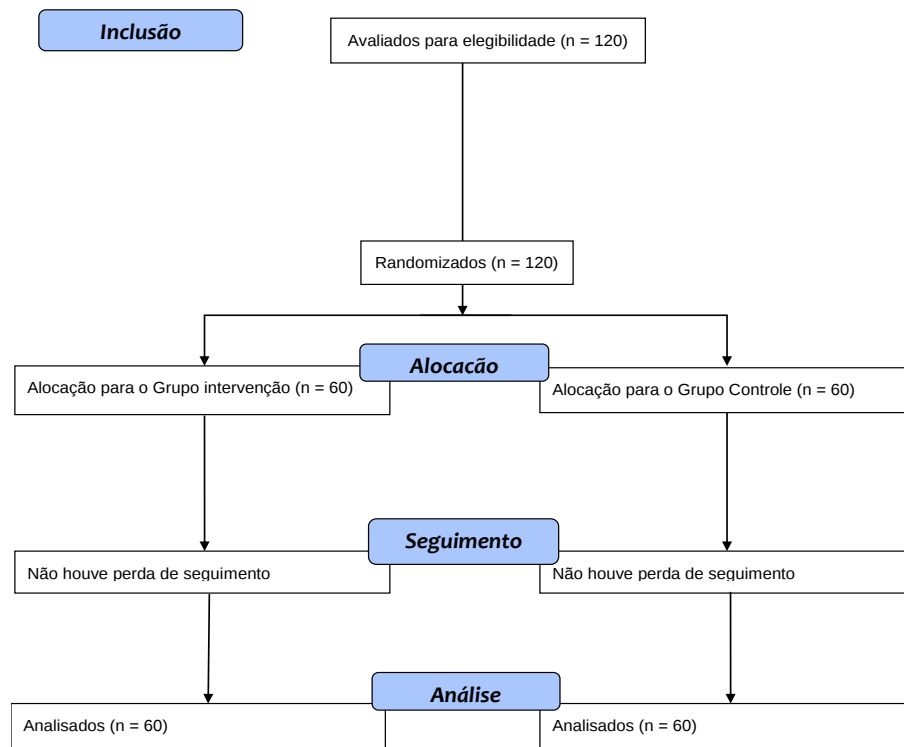


Figura 1 - Fluxograma do recrutamento e agrupamento das participantes. Fortaleza, CE, Brasil, 2018

Sendo aplicado o inquérito CAP, construído e validado para realização da pesquisa, com objetivo de medir o desfecho primário: análise do nível adequado e inadequado do conhecimento, atitude e prática sobre a SHG.

Tais conceitos foram fundamentados: Conhecimento: é a compreensão a respeito de determinado assunto⁽¹⁵⁾; Atitude: definida como sentimentos sobre o assunto estudado, bem como preconceitos que podem permear o tema⁽¹⁵⁾; e Prática: definida como o modo como o conhecimento é demonstrado através de ações⁽¹⁵⁾.

Para análise do CAP, utilizaram-se das seguintes definições.

Conhecimento adequado - quando a gestante já tivesse ouvido falar em hipertensão na gravidez, se considerava que a hipertensão na gravidez era uma complicação, se a hipertensão na gravidez tinha relação com a pressão arterial (PA), se sabia no mínimo de duas complicações que a hipertensão na gravidez poderia provocar, por que se adquire a hipertensão na gravidez, quando respondia, no mínimo, a dois sintomas relacionados à SHG, se existe tratamento, quais os fatores de risco e tipos da SHG (no mínimo dois de cada).

Atitude adequada – quando a gestante afirmava se era útil/ necessário receber informações em relação à SHG, logo no início da gravidez, quando afirmava que a alimentação teria que ser diferente das gestantes não hipertensas e quando respondiam de maneira subjetiva a principal preocupação da gestante com a SHG.

Prática adequada – quando a gestante verificava a PA no dia a dia (rotina), se sabia qual o tratamento que estava fazendo em relação à SHG, se estava seguindo alguma dieta específica para prevenir as complicações na gravidez, se tomava, no mínimo, dois litros de água durante o dia, se fazia algum repouso físico durante o dia e se realizava alguma atividade física diária.

Inadequada para cada eixo era quando a gestante tinha respostas negativas para cada circunstância explanada.

Ao chegarem para consulta de rotina, as gestantes foram convidadas a participarem do estudo, sendo explicado objetivo deste durante entrevista. Todas aceitaram participar, após leitura e assinatura do TCLE. Não apareceu na amostra nenhuma gestante com idade inferior a 18 anos.

Para comparações entre os grupos com relação às variáveis quantitativas, foi aplicado o teste t de Student não pareado ou o teste não-paramétrico de Mann-Whitney⁽¹⁶⁾, de acordo com a distribuição dos dados, a qual foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk.

Para estudar as associações entre os grupos e as variáveis qualitativas, foi aplicado o teste Qui-quadrado⁽¹⁷⁾. Para os casos cujos pressupostos do teste Qui-quadrado não foram atendidos, foi adotado o teste exato de Fisher⁽¹⁶⁾.

As comparações entre os grupos e períodos com relação às variáveis de conhecimento, atitude e prática foram realizadas por meio de modelos *Generalized Estimating Equations* (GEE)⁽¹⁸⁾. Nos resultados, foram apresentadas as estimativas obtidas de risco relativo, assim como respectivos intervalos de confiança e p-valores. Para todas as análises, foi considerado nível de significância igual a 5% e os *softwares* estatísticos SAS, versão 9.4, e SPSS, versão 24, para realização destas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas – CEP – SP, sob nº 69789617.5.0000.5404, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Também foi aprovado pelo Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC): nº RBR- 8wyp8j.

Resultados

Foram inseridas 120 gestantes com SHG que concordaram em participar deste estudo, em três momentos: T0 – antes da intervenção e consulta na maternidade, T1 – sete dias após T0, T2 – trinta dias após T0. Foram separadas em dois grupos (GI e GC), cada grupo com 60 gestantes. Os dois grupos foram comparados de acordo com as variáveis sociodemográficas e gestacionais. Dentre as variáveis analisadas, foi identificada diferença significativa apenas quando comparados os grupos com relação aos valores medianos de idade gestacional ($p = 0,02$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das gestantes, de acordo com dados sociodemográficos e gestacionais e grupos. Fortaleza, CE, Brasil, 2018

	Grupos	n	Me	DP	A	Med	DIQ	p-valor
PAS	GI	60	132,8	17,2	90,0	130,0	20,0	0,07*
	GC	60	126,9	15,3	75,0	120,0	20,0	
PAD	GI	60	81,3	13,3	80,0	80,0	10,0	0,42**
	GC	60	80,8	13,3	70,0	80,0	20,0	
Idade	GI	60	30,5	7,0	29,0	31,0	9,5	0,47*
	GC	60	31,4	6,9	28,0	32,0	11,5	
Escolaridade	GI	60	10,2	2,3	9,0	11,0	1,0	0,43 ²
	GC	60	9,9	2,6	9,0	11,0	3,0	
Renda	GI	58	1176,5	605,1	2660,0	1000,0	550,0	0,23**
	GC	60	1114,7	794,6	4315,0	954,0	975,0	
Nº consultas	GI	60	4,9	2,7	13,0	5,0	4,0	0,12**
	GC	60	5,7	2,7	14,0	6,0	3,0	
Idade Gestacional	GI	60	24,4	8,1	27,0	25,6	15,1	0,02**
	GC	60	27,8	6,4	25,0	30,9	10,0	
Gestação	GI	60	2,6	1,5	6,0	2,0	2,0	0,59**
	GC	60	2,9	1,9	7,0	3,0	3,0	
Partos	GI	60	1,0	1,0	4,0	1,0	2,0	0,25**
	GC	60	1,4	1,7	7,0	1,0	2,0	
Abortos	GI	60	0,6	1,0	4,0	0,0	1,0	0,92**
	GC	60	0,5	1,0	6,0	0,0	1,0	
IMC	GI	60	35,2	6,6	31,3	34,6	7,1	0,75**
	GC	60	35,3	7,7	43,0	34,3	10,6	

PAS - Pressão arterial sistólica; PAS - Pressão arterial diastólica; GC – Grupo controle; GI – Grupo intervenção; Me - Média; DP - Desvio Padrão; A - Amplitude; Med - Mediana; DIQ - Desvio Interquartil; * - obtido pelo teste t de Student não pareado; ** - obtido pelo teste de Mann-Whitney.

Para as variáveis sociodemográficas qualitativas (religião, cor da pele e estado civil), foi obtida associação significativa apenas entre os grupos e a variável religião ($p = 0,04$). A religião católica representou no GI 52,6% e no GC 73,2%, evangélica, no GI 36,8% e no GC 25% e a espírita/outras, no GI 10,5% e no GC 1,8%. Na Tabela 2, estão apresentadas as estatísticas descritivas do inquérito CAP por grupo, nos três

momentos (T0, T1, T2). Nos dados, é possível observar evolução crescente no constructo adequado ao longo dos períodos, nos dois grupos (GI e GC).

Tabela 2 - Análise descritiva do inquérito CAP entre grupos de intervenção e controle, por momento de coleta. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.

	Grupos					
	Intervenção			Controle		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Conhecimento						
Inadequado (%)	52 (87)	7 (12)	10 (17)	47 (78)	36 (60)	35 (58)
Adequado (%)	8 (13)	53 (88)	50 (83)	13 (22)	24 (40)	25 (42)
Atitude						
Inadequado (%)	51 (85)	5 (8)	2 (3)	36 (60)	22 (37)	24 (40)
Adequado (%)	9 (15)	55 (92)	58 (97)	24 (40)	38 (63)	36 (60)
Prática						
Inadequado (%)	49 (82)	19 (32)	6 (10)	47 (78)	43 (72)	41 (68)
Adequado (%)	11 (18)	41 (68)	54 (90)	13 (22)	17 (28)	19 (32)

Na Tabela 3, são apresentados os resultados das comparações entre os grupos e momentos em relação ao inquérito CAP. Nessas análises, foi estimado o risco relativo de apresentar o resultado "adequado". Os resultados dessas análises indicam aumento significativo na probabilidade de ocorrência do constructo adequado, ao longo dos momentos avaliados, em ambos os grupos. Porém, é possível observar risco mais elevado no grupo intervenção, em comparação com o grupo controle.

Tabela 3 - Análise de GEE do inquérito CAP entre grupos de intervenção e controle, por momento de coleta. Fortaleza, CE, Brasil, 2018

Comparação		Risco Relativo(RR)	I.C. 95%		p-valor
			L. I.	L. S.	
Conhecimento	Intervenção - Controle (T0)	0,62	0,28	1,38	0,2370
	Intervenção - Controle (T1)	2,21	1,60	3,05	< 0,0001
	Intervenção - Controle (T2)	2,00	1,45	2,75	< 0,0001
	T1 - T0 (Intervenção)	6,63	3,50	12,55	< 0,0001
	T2 - T0 (Intervenção)	6,25	3,13	12,50	< 0,0001
	T2 - T1 (Intervenção)	0,94	0,81	1,09	0,4386
	T1 - T0 (Controle)	1,85	1,24	2,75	0,0027
	T2 - T0 (Controle)	1,92	1,21	3,05	0,0055
	T2 - T1 (Controle)	1,04	0,76	1,42	0,7963
Atitude	Intervenção - Controle (T0)	0,38	0,19	0,74	0,0045
	Intervenção - Controle (T1)	1,45	1,18	1,78	0,0005
	Intervenção - Controle (T2)	1,61	1,30	1,99	< 0,0001
	T1 - T0 (Intervenção)	6,11	3,28	11,39	< 0,0001
	T2 - T0 (Intervenção)	6,44	3,49	11,89	< 0,0001
	T2 - T1 (Intervenção)	1,05	0,99	1,12	0,0833
	T1 - T0 (Controle)	1,58	1,18	2,12	0,0019
	T2 - T0 (Controle)	1,50	1,10	2,05	0,0111
	T2 - T1 (Controle)	0,95	0,88	1,02	0,1573
Prática	Intervenção - Controle (T0)	0,85	0,41	1,74	0,6487
	Intervenção - Controle (T1)	2,41	1,56	3,74	< 0,0001
	Intervenção - Controle (T2)	2,84	1,94	4,16	< 0,0001
	T1 - T0 (Intervenção)	3,73	2,21	6,28	< 0,0001
	T2 - T0 (Intervenção)	4,91	2,90	8,32	< 0,0001
	T2 - T1 (Intervenção)	1,32	1,13	1,53	0,0003
	T1 - T0 (Controle)	1,31	0,90	1,90	0,1585
	T2 - T0 (Controle)	1,46	0,99	2,17	0,0593
	T2 - T1 (Controle)	1,12	0,96	1,30	0,1575

Quando se compararam os conhecimentos (T1-T0 RR 6,63 $p < 0,0001$ e T2-T0 RR 6,25 $p < 0,0001$) e as atitudes (T1-T0 RR 6,11 $p < 0,0001$ e T2-T0 RR 6,44 $p < 0,0001$), no grupo de intervenção, observou-se que as gestantes do GI exibiram seis vezes mais risco de apresentar o constructo adequado, quando comparados os momentos em relação à T0 e não sendo percebido isso em relação aos momentos T1-T2 da mesma forma no GC, mas em proporção bem inferior.

As práticas foram significantes apenas no GI, independente do momento (T1-T0 RR 3,73 $p < 0,0001$; T2-T0 RR 4,91 $p < 0,0001$ e T2-T1 RR 1,32 $p = 0,0003$). Desta maneira, efeito da intervenção com uso da cartilha educativa apontam para avaliação adequada do CAP, no GI, após o sétimo e trigésimo dia pós-intervenção, quando comparados com o GC ($p < 0,0005$), com aumento de chance para conhecimento

adequado no sétimo dia para o GI (OR=6,63 – IC: 3,5 -12,55) e trigésimo dia (OR= 6,25 – IC: 3,13 – 12,50). Com relação à atitude adequada no sétimo dia para o GI (OR= 6,11 – IC: 3,28-11,39) e no trigésimo dia (OR= 6,44 – IC: 3,49- 11,89). A prática adequada para o GI no sétimo (OR=3,73- IC: 2,21-6,28) e trigésimo dia (OR=4,91 – IC: 2,90-8,32) (Tabela 3).

Discussão

Ao comparar os dados socioeconômicos e obstétricos entre GI e GC das participantes, a idade gestacional foi considerada a variável mais evidente em relação à diferença nas médias ($p = 0,02$). Mesmo a hipertensão gestacional sendo caracterizada pela ocorrência de hipertensão após a 20ª semana sem a presença de proteinúria⁽¹⁾, a percepção de fatores de risco precoce é muito importante neste cenário. Estudo realizado em 2018 concluiu que a identificação das gestantes de risco para o desenvolvimento das SHG deve proporcionar ações para prevenir ou retardar a exposição clínica das formas mais graves. Pondera-se que essas observações ainda permanecem como os principais fatores preditores dos distúrbios hipertensivos na gestação⁽¹⁹⁾.

O conhecimento em relação à SHG foi comparado entre os grupos nos três momentos (T0, T1 e T2). Apresentaram-se inadequados em T0 (78%), T1 (60%) e T2 (58%), no GC; e T0 (87%), T1 (88%) e T2 (83%), no GI. Assim, o conhecimento foi adequado com maior proporção no grupo intervenção, nos períodos T1 e T2, consideravelmente.

É necessário que os profissionais atuantes na assistência ao pré-natal se preocupem com o nível de conhecimento de gestantes em relação às complicações que se estabelecem no ciclo gravídico puerperal, pois ações de prevenção e tratamento devem ser planejadas diante de aspectos culturais e sociais dessas mulheres.

Pesquisa realizada no África do Sul aponta déficit no conhecimento de gestantes sobre sintomas, prevenção de complicações e impacto da SHG no feto⁽²⁰⁾.

Estudo brasileiro corrobora com a pesquisa supracitada, apontando que o atendimento ao pré-natal estava prevalecendo durante as consultas, ações técnicas, como exame físico, pedidos de exames laboratoriais e orientações somente em relação à alimentação das gestantes, potenciais características do modelo biomédico⁽²¹⁾.

Dessa forma, estudo realizado na Nigéria enfatiza que para evitar que as mulheres morram durante a gravidez e parto, gestantes devem receber cuidados preventivos básicos e serviços primários de saúde reprodutiva, incluindo, desde cuidado pré-concepcional e interconcepcional, até o período puerperal, dando ênfase à educação para gestantes e percepções socioculturais⁽²²⁾.

Os dados relacionados à atitude de gestantes sobre a SHG, no GI e GC, apresentaram inadequados em T0 (85%), T1 (8%), e T2 (2%) e T0 (60 %), T1 (37%), e T2 (40%). Apontando atitude mais adequada no GI, durante os períodos T1 (92%) e T2 (97%). Percebeu-se relação diretamente proporcional entre conhecimento e atitude, uma vez que nos dois constructos, o GI se mostrou mais adequado nos momentos T1 e T2. Sobre isso, estudo, também realizado com gestantes e intervenção educativa, apresentou relação satisfatória entre conhecimento e prática no GI⁽²³⁾.

Nesse sentido, a gestante que apresenta conhecimento e atitude adequada durante a gestação, pode direcionar pré-natal, parto e puerpério com menos riscos e, conseqüentemente, sem complicações.

Em relação à análise comparativa da prática das mulheres nos dois grupos (GI e GC), os períodos T1 (68%), T2 (90%), também, permaneceram mais adequados no GI, estabelecendo relação positiva com o conhecimento e a atitude. A prática sobre a SHG envolve diretamente o tratamento aderido pela gestante no pré-natal de alto risco. O tratamento da síndrome depende dos níveis de pressão arterial, idade gestacional, presença de sintomas e fatores de risco⁽²⁴⁾. Caso o tratamento não seja adequado, a gestante pode evoluir para complicações.

Logo, o controle da pressão arterial materna apresenta resultados satisfatórios para o binômio materno-fetal, portanto reduz o risco de pré-eclâmpsia (PE) e eclâmpsia. A conduta definitiva para PE e eclâmpsia é a indução de parto, sendo empregadas medidas terapêuticas para controle, uma vez que não há cura até o momento⁽²⁵⁾.

A intervenção educativa contribuiu para as gestantes do GI apresentassem adequabilidade, após sete e 30 dias, comparando com o GC.

Outros estudos que utilizaram inquérito CAP apontam práticas educativas realizadas por enfermeiros como estratégias viáveis a serem inseridas nos serviços de saúde, visando assistência de qualidade na promoção do cuidado^(23,26).

Foi concluído em estudo randomizado, também, realizado com mulheres, evidenciando conhecimento e atitude, que a ação educativa teve papel modificador de condutas, sendo importante ferramenta para o sucesso na prevenção de doenças⁽²⁷⁾.

No tocante a limitações desta pesquisa aponta-se como fragilidade do desenvolvimento do estudo a estrutura física desfavorável do ambulatório para realização da intervenção.

Conclusão

Nesta pesquisa, as gestantes que participaram da intervenção educativa apresentaram mais adequabilidade em relação ao conhecimento, à atitude e prática sobre a SHG, comparadas com as gestantes que participaram do grupo controle. Portanto, a prática desta intervenção com uso de tecnologia educativa (cartilha educativa), em pré-natal de alto-risco, é viável no direcionamento e na adesão terapêutica de gestantes hipertensas, visando prevenir complicações em todo o ciclo gravídico puerperal.

A participação de enfermeiros é muito importante no planejamento e realização de ações educativas no pré-natal, uma vez que este profissional atua diretamente na unidade de atenção primária em saúde e no pré-natal especializado. No entanto, propõe-se que as ações educativas no pré-natal de alto risco sejam trabalhadas em vertente ampliada, uma vez que as gestantes perpassam por atendimento multiprofissional.

Sugere-se, através dos resultados desta pesquisa, que a maternidade fortaleça ações educativas voltadas para gestantes hipertensas, bem como para todas mulheres vulneráveis às complicações na gestação, parto e puerpério, uma vez que no pré-natal de alto risco de maternidade pública a incidência deste público é significativa.

Referências

1. Malachias MVB. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Presentation. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2016 Sep [cited 2019 May 09]; 107(3 Suppl 3): XV-XIX. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160140>.

2. Multi M, Tshimanga M, Notion GT, Bangure D, Chonzi P. Prevalence of pregnancy induced hypertension and pregnancy outcomes among women seeking maternity services in Harare, Zimbabwe. *BMC Cardiovasc Disord*. [Internet]. 2015 [cited 2019 May 09]; 15:111. Available from: <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12872-015-0110-5>.
3. Ministério da Saúde (BR). Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, [Internet]. 2016 [cited 2019 May 09]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.
4. Antunes MB, Demitto MO, Gravena AAF, Padovani C, Pelloso SM. Hypertensive Syndrome and perinatal outcomes in high-risk pregnancies. *Rev Min Enferm*. [Internet]. 2017 [cited 2019 May 09]; 21:e1057. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=32667&indexSearch=ID>.
5. Jacob LMS, Mont'Alverne DGB, Figueira MCS, Mafetoni RR, Pimenta CJL, Shimo AKK. Knowledge of pregnant women about Gestational Hypertension Syndrome. *Rev Enf Atual*. [Internet]. 2018 [cited 2019 May 09]; 86:1-8. Available from: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/88/15>.
6. Almeida G, Souza M. O conhecimento da Gestante sobre a hipertensão na gravidez. *Rev APS*. [Internet]. 2016 [cited 2019 May 09]; 19(3):396-402. Available from: <http://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15656>.
7. Jantsch PF, Carreno I, Pozzobon A, Adami FS, Leal CS, Mathias TCS et al. Principais características das gestantes de alto risco da região central do Rio Grande do Sul. *Revista Destaques Acadêmicos*. [Internet]. 2017 [cited 2019 May 09]; 9(3):272-82. Available from: <http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1534/1219>.
8. Nour GFA, Castro MM, Fontenele FMC, Oliveira MS, Brito JO, Oliveira ARS. Mulheres com síndrome hipertensiva específica da gravidez: evidências para o cuidado de enfermagem. *SANARE*. [Internet]. 2015 [cited 2019 May 09]; 14(1):121-8. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/620>.
9. Nascimento TFH, Araújo FNF, Soares NSCS, Silva FM, Santos MFD, Chaves BJP. Assistência de enfermagem à gestante de alto risco sob a visão do profissional. *Rev*

- Pre Infec e Saúde. [Internet]. 2018 [cited 2019 May 09]; 4:6887. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6887>.
10. Thuler ACMC, Wall ML, Benedet DCF, Souza SRRK, Souza MAR. Preventive measures of hypertensive syndromes of pregnancy in primary care. J Nurs UFPE on line. [Internet]. 2018 [cited 2019 May 09]; 14(4):1060:71. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234605>.
 11. Zlowodzki M, Jonsson A, Bhandari M. Common pitfalls in the conduct of clinical research. Med Princ Pract. [Internet]. 2006 [cited 2019 May 09]; 15(1):1-8. Available from: <https://www.karger.com/Article/Abstract/89379>.
 12. Medronho RA. Epidemiologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008.
 13. Cochran WG. Sampling Techniques. Wiley: New York, 1963.
 14. Jacob LMS, Mont'Alverne DGB, Caetano JA, Diógenes MAR, Shimo AKK, Pereira AMM et al. Creation and validation of an educational booklet on the hypertensive pregnancy syndrome. Int Arch Med. [Internet]. 2016 [cited 2019 May 09]; 9(42):1-8. Available from: <http://www.imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1510>.
 15. Kaliyaperumal K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. AECS Illumination. [Internet]. 2004 [cited 2019 May 09]; 4(1):7-9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/285908075_Guideline_for_conducting_a_knowledge_attitude_and_practice_KAP_study.
 16. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de Bioestatística. São Paulo: Ed. Thomson, 2004.
 17. Mehta CR, Patel NR. A network algorithm for performing Fisher's exact test in rxc contingency tables. JASA. [Internet]. 1983 [cited 2019 May 09]; 78(382):427-34. Available from: https://www.jstor.org/stable/2288652?seq=1#metadata_info_tab_contents.
 18. Ghisletta P, Spini D. An Introduction to Generalized Estimating Equations and an Application to Assess Selectivity Effects in a Longitudinal Study on Very Old Individuals. J Educ Behav Stat. [Internet]. 2004 [cited 2019 May 09]; 29(4):421-37. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.3102/10769986029004421>.
 19. Sbardelotto T, Pitilin EB, Schirmer J, Lentsck MH, Silva DTR, Tombini LHT. Defining characteristics and factors associated with the occurrence of gestational hypertensive syndromes. Cogitare Enferm. [Internet]. 2018 [cited 2019 May 09]; 23(2):e53699. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53699>.

20. Maputle S, Khoza L, Lebesse R. Knowledge towards Pregnancy-induced Hypertension among Pregnant Women in Vhembe District, Limpopo Province. *Hum Ecol.* [Internet]. 2015 [cited 2019 May 09]; 51(1-2):47-54. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09709274.2015.11906893>.
21. Pohlmann FC, Kerber NPC, Pelzer MT, Dominguez CC, Minasi JM, Carvalho VF. Prenatal care model in the far south of Brazil. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 May 09]; 25(1): e3680013. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600003680013>.
22. Abubakar R, Yohanna S, Zubairu H. Cultural perceptions influencing obstetric complications among women in Kaduna, Northwestern Nigeria. *Niger J Clin Pract* [serial online] 2018 [cited 2019 May 9]; 21:832-9. Available from: <http://www.njcponline.com/text.asp?2018/21/7/832/236158>.
23. Oliveira SC, Fernandes AFC, Vasconcelos EMR, Ximenes LB, Leal LP, Cavalcanti AMTS et al. Efeito de uma intervenção educativa na gravidez: ensaio clínico randomizado em cluster. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2018 June [cited 2019 May 09]; 31(3): 291-298. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000300291&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800041>.
24. Kintiraki E, Papakatsika S, Kotronis G, Goulis DG, Kotsis V. Pregnancy-induced hypertension. *Hormones (Athens).* [Internet]. 2015 [cited 2019 May 09]; 14(2):211-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26158653>.
25. Rocha KS, Farias TF, Silvestre A, Pereira MM. Pregnancy-induced hypertension: a review about management. *Rev Med (São Paulo).* [Internet]. 2017 [cited 2019 May 09]; 96(1):49-53. Available from: https://www.researchgate.net/publication/316265862_Pregnancy-induced_hypertension_a_review_about_management.
26. Andrade SSC, Zaccara AAL, Leite KNS, Brito KKG, Soares MJGO, Costa MML et al. Knowledge, attitude and practice of condom use by women of an impoverished urban area. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2015 June [cited 2019 May 09]; 49(3): 364-371. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000300364&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000300002>.

27. Pereira RGV, Machado JLM, Machado VM, Mutran TJ, Santos LS, Oliveira E et al. A influência do conhecimento na atitude frente à vacina contra o Papilomavírus Humano: ensaio clínico randomizado. ABCS Health Sci. [Internet]. 2016 [cited 2019 May 09]; 41(2):78-83. Available from: <https://www.portalnepas.org.br/abcs/shs/article/view/873>.

6 DISCUSSÃO

A intervenção educativa realizada com as gestantes foi fator positivo para adequação do conhecimento, da atitude e prática frente à SHG. Deste modo, percebe-se a relevância da construção de tecnologias em saúde que possam ser utilizadas na prática assistencial durante a consulta de pré-natal⁽²³⁾.

O desenvolvimento e a validação de tecnologias na área de saúde representam importante ferramenta para prestação de assistência de qualidade, uma vez que se propõem a criar estratégias para suprir as lacunas existentes ou mesmo tentar reduzir as fragilidades no processo de cuidado⁽⁵⁹⁾.

Embora as técnicas e os procedimentos assistenciais tenham passado por intenso processo de evolução, esse transcurso também gerou distanciamento entre o profissional e o paciente, em que, muitas vezes, o indivíduo é visto meramente como o alvo do cuidado, generalizando as ações a serem realizadas e excluindo-o da tomada de decisão e da gestão da condição de saúde⁽⁶⁰⁾.

Nesse sentido, torna-se imperiosa a utilização de abordagens fundamentadas em novas perspectivas, de modo a romper com a assistência à saúde realizada de maneira tradicional e distante do indivíduo, destacando-se o uso de ferramentas que proporcionem ao paciente a oportunidade de apreender conhecimentos significativos que irão repercutir positivamente sobre a condição de vida e saúde⁽⁶¹⁾.

Em relação ao contexto das gestantes, grande parte apresenta conhecimentos insuficientes ou equivocados sobre os problemas frequentes na gravidez, o que representa fator de risco para o adoecimento e a complicação de condições de saúde previamente instaladas⁽⁶²⁾. No caso das mulheres com SHG investigadas no presente estudo, a situação socioeconômica desfavorável, caracterizada por baixa escolaridade e reduzida renda familiar, potencializa a vulnerabilidade, o que pode ocasionar prejuízos para saúde materno-fetal.

Diante dessa perspectiva, a formulação de estratégias que possam atuar sobre essa população apresenta extrema relevância e, principalmente, urgência no cenário atual de saúde, devido à presença de barreiras organizacionais, sociais e individuais que interferem no acesso equitativo aos serviços de saúde, sobretudo, durante a assistência obstétrica⁽⁶³⁾.

A atuação dos profissionais de saúde na atenção à gestante está envolta por inúmeros e complexos desafios, haja vista que o cuidado não se restringe apenas ao binômio mãe-filho, mas abrange o contexto familiar e social no qual essa gestante está inserida⁽⁶⁴⁾. No que tange às mulheres que apresentam SHG, um dos grandes problemas está relacionado à adesão de práticas de saúde adequadas, o que requer esforço conjunto entre a gestante e o profissional de saúde, o qual pode ser beneficiado pela implementação de novas abordagens no processo de cuidado^(23,65).

Assim, o uso de tecnologias em saúde, como instrumentos, cartilhas, materiais audiovisuais, dentre outros, representa maneira inovadora de prestar assistência a essas mulheres, respeitando o contexto de vida, os saberes e a cultura, o que permite a criação e/ou o fortalecimento do vínculo profissional-paciente-família, por meio do estabelecimento de parceria que visa o bem-estar e a satisfação de todos os envolvidos⁽⁶⁴⁾.

Estudo realizado com mulheres e profissionais de saúde acerca da viabilidade do uso de tecnologia de saúde móvel para prestação de serviços de saúde materna e infantil, em ambientes rurais de Gana, evidenciou que a utilização foi solução de fácil aceitação e com elevada efetividade para superar os desafios no acesso aos cuidados de saúde em áreas rurais e de difícil acesso, tornando-se alternativa para promover a equidade entre essa população⁽⁶³⁾.

Mediante essa conjuntura, emerge a necessidade de intervenções de saúde pública que possam promover a redução dos riscos à saúde das gestantes, com vistas ao estabelecimento de ações para melhoria do atendimento nos três níveis de atenção, destacando-se as atividades de educação em saúde, a prevenção de problemas gestacionais, a oferta de orientações acerca da importância da adoção de hábitos de vida saudáveis e o monitoramento regular da saúde física e mental dessas mulheres⁽⁶⁶⁻⁶⁷⁾.

7 CONCLUSÃO

Ao ponderar os estudos produzidos como resultado geral desta tese, foi possível levantar dados e reflexões acerca de elementos importantes no que visa à promoção da saúde, instrumento para realizar intervenção educativa, dados epidemiológicos e tecnologia educacional com enfoque na gestante hipertensa.

Durante a revisão integrativa, percebeu-se, no cenário nacional e internacional, a importância da utilização da educação em saúde pelos profissionais envolvidos na assistência ao pré-natal, visando prevenir complicações relacionadas à gestação. Nos estudos, foi apontada preocupação mundial em relação à SHG, uma vez que etiologia desta é indeterminada e apresenta-se como a principal causa de mortalidade materna e neonatal, trazendo grandes transtornos para o binômio mãe e filho.

A importância de elaborar ferramentas e usar estratégias para prevenir as complicações em gestantes hipertensas, foi viável durante a pesquisa. Espera-se que com a elaboração e validação do instrumento para avaliar a eficácia de intervenção educativa no conhecimento, na atitude e prática com essas mulheres, possa-se contribuir para pesquisas futuras, no que visa ao entendimento, aos fatores de risco, à adesão ao pré-natal, às práticas para gestação saudável e terapêutica de mulheres com SHG.

Os dados sociodemográficos e obstétricos da população estudada foi importante para conhecer o perfil de mulheres atendidas em ambulatório materno-fetal de maternidade de referência no Brasil. Os dados socioeconômicos e obstétricos influenciam diretamente na prevenção das complicações, diagnóstico e tratamento da SHG. Os transtornos que prevaleceram foram a HAC e HG, sendo possível direcionar ações mais direcionadas em cada categoria.

Comprova-se, após intervenção e avaliação com a cartilha educativa “Síndrome Hipertensiva Gestacional”, realizada pelo(a) enfermeiro(a), que as gestantes participantes do GI tiveram mais eficácia em relação ao conhecimento, à atitude e prática da SHG, ao compará-las com as gestantes do GC. Espera-se que este estudo contribua em pesquisas futuras e que possa retornar ao local do estudo para apresentar os dados e sugerir mecanismos de prevenção às complicações durante o pré-natal de alto risco, através da educação em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Antunes MB, Demitto MO, Gravena AAF, Padovani C, Pelloso SM. Hypertensive Syndrome and perinatal outcomes in high-risk pregnancies. *Rev Min Enferm.* 2017; 21:e1057.
2. Narayan B, Nelson-Piercy C. Medical problems in pregnancy. *Clin Med.* 2017; 17(3):251-7.
3. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: WHO; 2011. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/9789241548335_eng.pdf;jsessionid=C0FEE679C3426ACFC5A24271DB6F2B01?sequence=1
4. BRASIL. República Federativa do Brasil. Lei 13.243 de 11 de janeiro de 2016. Dispõe sobre os estímulos ao desenvolvimento científico à pesquisa, à capacitação científica e tecnológica e à inovação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/lei/l13243.htm
5. Jayaraman L, Khichi SK, Singh A, Goel S, Karkala J, Goyal P et al. Pattern of fetomaternal outcome and complications in pregnancy induced hypertension from a tertiary level health care teaching institution of Tamil Nadu, India. *Int J Res Med Sci.* 2016; 4(5):1402-6.
6. Primo WQSP, Corrêa FJS, Brasileiro JPB. Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília. 2. ed. 2017.
7. Amorim TV, Souza IEO, Moura MAV, Queiroz ABA, Salimena AMO. Nursing care perspectives in high-risk pregnancy: integrative review. *Enfermería Global.* 2017; 16(2):500-43.
8. ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists; Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013; 122(5):1122-31.
9. Malachias MVB, Pócvua RMS, Nogueira AR, Souza D, Costa LS, Magalhães ME. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension. *Arq Bras Cardiol.* 2016; 107(3 suppl 3):1-103.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto, Humanização no pré-Natal e Nascimento. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.
11. Silva CS, Souza KV, Alves VH, Cabrita BAC, Silva LR. Atuação do enfermeiro na consulta pré-natal: limites e potencialidades. *J Res: Fundam Care.* 2016; 8(2):4087-98.

12. Pender N, Murdaugh C, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. New Jersey: Pearson, 2011.
13. Balsells MMD, Oliveira TMF, Bernardo EBR, Aquino PS, Damasceno AKC, Castro RCMB et al. Evaluation of prenatal care process for habitual-risk pregnant women. *Acta Paul Enferm.* 2018; 31(3):247-54.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. República Federativa do Brasil, Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm
15. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf
16. Serruya S, Cecatti J, Lago T. O Programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(5):1281-9.
17. Jorge HMF, Hipólito MCV, Masson VA, Silva RM. Prenatal care and public policies for women's health: integrative review. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2015; 28(1):140-8.
18. Shrestha S, Adhikari B, Poudel RS, Thapaliya K, Kharal T, Bastakoti M et al. Knowledge, attitude and practice on hypertension among antihypertensive medication users. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2016; 55(204):86-92.
19. Maputle S, Khoza S, Lebesse R. Knowledge towards Pregnancy-induced Hypertension among Pregnant Women in Vhembe District, Limpopo Province. *J Hum Ecol.* 2015; 51(1-2):47-54.
20. Multi M, Tshimanga M, Notion GT, Bangure D, Chonzi P. Prevalence of pregnancy induced hypertension and pregnancy outcomes among women seeking maternity services in Harare, Zimbabwe. *BMC Cardiovasc Disord.* 2015; 5(111).
21. Bansal AB, Pakhare AP, Kapoor N, Mehrotra R, Kokane AM. Knowledge, attitude, and practices related to cervical cancer among adult women: a hospital-based cross-sectional study. *J Nat Sci Biol Med.* 2015; 6(2):324-8.
22. Aweke YH, Ayanto SY, Ersado TL. Knowledge, attitude and practice for cervical cancer prevention and control among women of childbearing age in Hossana Town, Hadiya zone, Southern Ethiopia: Community-based cross-sectional study. *PLoS One.* 2017; 12(7):e0181415.
23. Jacob LMS, Mafetoni RR, Figueira MCS, Lopes MHBM, Shimo AKK. Educational actions for preventing pregnancy-related complications. *Rev Enferm Atual in Derme.* 2019; 87:25.

24. Góes FSN, Camargo RAA, Fonseca LMM, Oliveira GF, Hara CYN, Felipe HR et al. Assessment of the digital educational technology "vital signs and anatomy" by students of vocational nursing education. *Rev Min Enferm.* 2015; 19(2):37-50.
25. Nita ME, Campino AC, Secoli S, Sarti FM, Nobre M, Costa AM, Ono-Nita SK, Carrilho FJ. Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed; 2009.
26. Vasconcelos MLO, Carneiro RFC, Pompeu RF, Lima VC, Maciel JAC. Intervenção educativa em saúde com grupo de gestantes: estudantes de enfermagem em ação extensionista no interior do Ceará. *Expressa Extensão.* 2016; 21(2):108-18.
27. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3. ed, Porto Alegre: Artmed, 2008.
28. Sampiei RH, Collado CF, Lucio MPB. Metodologia de Pesquisa. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.
29. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
30. Jacob LMS, Mont'Alverne DGB, Caetano JA, Diógenes MAR, Shimo AKK, Pereira AMM. et al. Creation and validation of an educational booklet on the hypertensive pregnancy syndrome. *Int Arch Med.* 2016; 9(42):1-8.
31. Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *J Clin Epidemiol.* 2010; 63(8):834-40.
32. Souza FR. Processo de Construção dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) na atenção básica do estado do Ceará. 2013. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.
33. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Quantitativo das Unidades de Atenção Básica. 2014. Disponível em www.sms.fortaleza.ce.gov.br.
34. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes clínicas: gestantes. Série: organização das redes de atenção à saúde. Fortaleza; 2016.
35. Medronho RA. Epidemiologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008.
36. Cochran WG. Sampling Techniques. Wiley: New York, 1963.
37. Kaliyaperumal K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. *Community Ophthalmology.* 2004; 4(1):7-9.
38. Pasquali L. Psychometrics. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(Spe):992-9.
39. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clín.* 1988; 25(5):206-13.

40. Jasper MA. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. *J Adv Nurs*. 1994; 20(4):769-76.
41. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(7):3061-8.
42. Grant JS, Davis LL. Focus on Quantitative Methods: Selection and Use of Content Experts for Instrument Development. *Res Nurs Health*. 1997; 20(3):269-74.
43. McGilton KS. Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. *J Nurs Res*. 2003; 35(4):72-86.
44. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee S, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res*. 2003; 27(2):94-105.
45. Carvalho EMP, Göttems LBD, Pires MRGM. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(6):889-97.
46. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2015; 20(3):925-36.
47. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
48. Miller W, Rollnick S. *A Entrevista Motivacional*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
49. Bandinelli LP, Gonçalves HA, Fonseca RP. A entrevista motivacional e sua aplicabilidade em diferentes contextos: uma revisão sistemática. *Rev Soc Psicol Rio Grand Sul*. 2013; 13(1):26-34.
50. Figlie NB, Guimarães LP. *A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança*. Bol Acad Paul Psicol. 2014; 34(87):472-89.
51. Figlie NB, Guimarães LP, Bordin S, Laranjeira R. *Entrevista Motivacional*. In.: *Aconselhamento em Dependência Química*. 3 ed. São Paulo: Grupo Gen, 2015.
52. Dennis CL, Kingston D. A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008; 37(3):301-14.
53. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, Hartz Z. (Orgs.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
54. Oliveira SC. *Cuidados nutricionais na assistência pré-natal realizada por enfermeiras do programa saúde da família*. 2014. 122f. Dissertação [Mestrado em Nutrição] - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

55. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de Bioestatística. São Paulo: Ed. Thomson, 2004.
56. Mehta CR, Patel NR. A network algorithm for performing Fisher's exact test in rxc contingency tables. JASA. 1983; 78(382):427-34.
57. Ghisletta P, Spini D. An Introduction to Generalized Estimating Equations and an Application to Assess Selectivity Effects in a Longitudinal Study on Very Old Individuals. J Educ Behav Stat. 2004; 29(4):421-37.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
59. Filgueiras TF, Silva RA, Pimenta CJL, Filgueiras TF, Oliveira SHS, Castro RCMB. Instrument for nursing consultation to pregnant women with diabetes mellitus. Rev Rene. 2019; 20:e40104.
60. Lopes AAF. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. Saúde Soc. 2015; 24(2):486-500.
61. Ekram S, Debiec KE, Pumper MA, Moreno MA. Content and commentary: HPV vaccine and YouTube. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2019; 32(2):153-7.
62. Jacob LMS, Mont'Alverne DGB, Figueira MCS, Mafetoni RR, Pimenta CJL, Shimo AKK. Knowledge of pregnant women about Gestational Hypertension Syndrome. Rev Enf Atual. 2018; 86:1-8.
63. Laar AS, Bekyieriya E, Isang S, Baguune B. Assessment of mobile health technology for maternal and child health services in rural Upper West Region of Ghana. Public Health. 2019; 168:1-8.
64. Bhowmik J, Biswas RK, Woldegiorgis M. Antenatal care and skilled birth attendance in Bangladesh are influenced by female education and family affordability: BDHS 2014. Public Health. 2019; 170:113-21.
65. Walle TA, Azaew AW. Hypertensive disorder of pregnancy prevalence and associated factors among pregnant women attending ante natal care at Gondar town health institutions, North West Ethiopia 2017. Pregnancy Hypertens. 2019; 16:79-84.
66. Main EK, McCain CL, Morton CH, Holtby S, Lawton ES. Pregnancy-related mortality in California: causes, characteristics, and improvement opportunities. Obstet Gynecol. 2015; 125(4):938-47.
67. Vamos CA, Merrell L, Detman L, Louis J, Daley E. Exploring women's experiences in accessing, understanding, appraising, and applying health information during pregnancy. J Midwifery Womens Health. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A

CARTILHA EDUCATIVA “Síndrome Hipertensiva Gestacional - SHG”



REFERÊNCIAS:

GUIMARÃES, J. P., et al. A prevalência de gestantes portadoras de SHEG que evoluíram para síndrome HELLP. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*. v.4, n.1, p.01-17, 2014.

HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira et al. Pregnancy-induced hypertension syndrome and cardiovascular risk. *Rev. Assoc. Med. Bras.* São Paulo, v. 60, n. 5, p. 442-450, out. 2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, 2004.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia; *Cogitare Enferm*, v. 15, n. 2, p.250-5, 2010.

CARTILHA EDUCATIVA**Síndrome Hipertensiva Gestacional – SHG****INTRODUÇÃO:**

Essa cartilha oferecerá a você informações sobre os riscos da elevação da pressão arterial na gestação e como prevenir complicações.

DEFINIÇÃO:

A Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG) é uma doença de alto risco, sendo a complicação mais comum que acomete as mulheres na gravidez, parto e puerpério.

As principais causas de morte materna no Brasil continuam sendo a hipertensão arterial e a hemorragia.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia considera hipertensão quando o nível da pressão arterial for maior ou igual a 140x90 mmHg.

CLASSIFICAÇÃO:

Hipertensão Crônica (HC) - Antecede a gestação ou surge antes da 20ª semana.

Hipertensão Induzida pela gestação (HIG) - Quadro hipertensivo que se desenvolve após a 20ª semana de gestação (quinto mês), mas não acompanhada de proteinúria (proteína na urina).

Pré-eclâmpsia (PE) - Agravamento da HIG, com presença de proteinúria (proteína na urina).

Pré-eclâmpsia superposta (PES) - Quadro de HC agravado durante a gestação pela presença de proteinúria (proteína na urina).

Eclâmpsia (EC) - "eclâmpsia convulsiva" - Agravamento com crises convulsivas.

SINAIS E SINTOMAS:

- ✓ Pressão arterial elevada, maior ou igual a 140x90 mmHg;
- ✓ Inchaço nas pernas, nos pés e no rosto;
- ✓ Perda de proteína na urina;
- ✓ Dor de cabeça;
- ✓ Dor no estômago;
- ✓ Aumento exagerando do peso corpóreo;

ATENÇÃO

CASO A PRÉ-ECLÂMPسيا NÃO SEJA TRATADA, PODE TORNAR-SE GRAVE E EVOLUIR PARA ECLÂMPسيا.

SINAIS E SINTOMAS :

- ✓ Convulsão (as vezes precedida por dor de cabeça, de estômago e perturbações visuais);
- ✓ Sangramento vaginal;
- ✓ Coma.

DICAS PARA UMA GESTAÇÃO SAUDÁVEL:

- ✓ Comparecer regularmente às consultas pré-natais, conforme o calendário;



- ✓ Seguir as condutas orientadas pelos profissionais de saúde;



- ✓ Ter uma alimentação saudável (alimentos com pouco sódio, preferência por frangos, peixes, frutas e verduras);



- ✓ Evitar refrigerantes, doces, excesso de massas (pão, macarrão, pizzas, etc.), gordura animal, frituras, conservas (presunto, bebidas alcólicas e fumo).



- ✓ Tomar 2,5 a 3,0 litros de líquido por dia;



- ✓ Comer devagar, em horários regulares;

- ✓ Caminhar regularmente (mínimo de três vezes por semana);

- ✓ Procurar serviço de saúde quando tiver mudanças no estado de saúde, mesmo que seja antes da consulta agendada.

É FUNDAMENTAL:

Iniciar o pré-natal no primeiro trimestre (primeiros três meses) gestacional, evitando assim, complicações materno-fetais.

**IMPORTANTE LEMBRAR QUE:**

As gestantes que apresentarem SHG devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco nas unidades de atenção especializada.

Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço especializado em pré-natal de alto risco é importante que a gestante não perca o vínculo com a equipe de atenção básica ou Saúde da Família que iniciou o acompanhamento.

Esta equipe deve ser mantida informada a respeito da evolução da gravidez e tratamentos administrados à gestante por meio de contra-referência e de busca ativa das gestantes em seu território de atuação, por meio da visita domiciliar.

SÍNDROME HELLP- COMPLICAÇÃO

Síndrome HELLP, sigla inglesa de *Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelets* (hemólise elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia) consiste em estágio avançado da pré-eclâmpsia.

SINAIS E SINTOMAS:

- ✓ Extremamente variáveis que são capazes de serem confundidos com os apresentados pela pré-eclâmpsia grave, ou seja, dor de cabeça, distúrbios visuais, mal-estar generalizado, entre outros.

**SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL(SHG) -
COMBINAÇÃO DE TODAS AS SÍNDROMES
HIPERTENSIVAS QUE ACOMETEM UMA MULHER NO
PERÍODO GESTACIONAL.**

FATORES DE RISCO- SHG:

- ✓ Hipertensão arterial sistêmica crônica;
- ✓ Primeira gestação;
- ✓ Diabetes;
- ✓ Lúpus;
- ✓ Obesidade;
- ✓ Histórico familiar (a mãe teve SHG)
- ✓ Gravidez depois dos 35 anos e antes dos 17 anos;





- ✓ Gestação gemelar;
- ✓ Cor negra;
- ✓ Caso de SHG na gestação anterior;
- ✓ Multiparidade;
- ✓ Gestação com parceiros diferentes (mudança de parceiro em relação a gestação anterior);
- ✓ Baixa escolaridade;
- ✓ Nefropatias;
- ✓ Dietas hiperprotéicas (ricas em proteínas e gorduras) e hipersódicas (ricas em sódio).
- ✓ Complicações da SHG afeta:
- Sistema cardiovascular;
- Sistema renal;
- Sistema hematológico;
- Sistema Neurológico, hepático e uteroplacentário.

CONSEQUENCIAS DA SHG

- ✓ Acidente vascular cerebral (AVC);
- ✓ Cegueira;
- ✓ Descolamento da placenta;
- ✓ Edema pulmonar e cerebral;
- ✓ Hemorragia;
- ✓ Parto prematuro;
- ✓ Morte materno-infantil;

- ✓ Retardo do crescimento intrauterino;
- ✓ Trombocitopenia (redução do número de plaquetas no sangue);
- ✓ Oligúria (diminuição da produção de urina).

PREVENÇÃO E TRATAMENTO:



- ✓ Acompanhamento pré-natal e atenção adequada ao parto;
- ✓ Fazer repouso;



- ✓ Medir com frequência a pressão arterial;
- ✓ Seguir dieta prescrita pelo profissional de saúde;
- ✓ Fazer exercícios físicos de acordo com orientações do profissional especializado.
- ✓ Não fazer uso de bebidas alcoólicas, cigarros e outras drogas.
- ✓ Medicamentos anti-hipertensivos e anticonvulsivantes são indicados para o controle dos quadros mais graves, que podem exigir a antecipação do parto. A doença regride espontaneamente com a retirada da placenta.

APÊNDICE B

Carta Convite aos Juízes - Validação de Questionário

Prezado (a) Sr. (a),

Sou aluna do Curso de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem – Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Estou realizando estudo, sob orientação da Prof^a. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo e Coorientação da Prof^a. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes, cujo título: EFEITO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DA SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO. Tem-se como objetivo geral: avaliar os efeitos de intervenção educativa no conhecimento, na atitude e na prática das gestantes para prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional.

A etapa para coleta de dados se dará após seleção das gestantes, a partir dos critérios de elegibilidade. As mulheres serão convidadas a participarem do estudo, com orientações quanto a finalidade do mesmo, mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após concordância das mesmas será aplicado o instrumento avaliativo do conhecimento, atitude e prática (CAP) em relação a síndrome hipertensiva gestacional antes da consulta de pré-natal de alto risco, para as gestantes do GC e o GI, e no 7º e 30º dia da consulta pré-natal para GC e no 7º e 30º da intervenção educativa, para GI.

Para intervenção, será utilizada a cartilha educativa intitulada “Síndrome Hipertensiva Gestacional- SHG”, abordando no seu conteúdo prevenção da SHG, suas complicações e tratamento que foi construída e validada por (JACOB, 2016).

Para atingir o objetivo deste projeto de pesquisa foi criado um instrumento para avaliar o conhecimento, as atitudes e as práticas das gestantes em relação a síndrome hipertensiva gestacional.

Para a elaboração do nosso questionário utilizamos o estudo apresentado por kaliyaperumal (2004) sobre diretriz para a realização de um estudo de conhecimento, atitude e prática e a cartilha educativa de Jacob (2015), criada e validada em relação a síndrome hipertensiva gestacional.

Em anexo encontram-se o instrumento para avaliação do questionário e a cartilha que será utilizada na intervenção educativa.

Instruções para análise do questionário

Para realizar a avaliação das questões integrantes do questionário sobre conhecimento, práticas e atitudes dos adolescentes em relação a síndrome hipertensiva gestacional peço que o(a) senhor(a) leia atentamente estas instruções antes de preencher os campos disponíveis.

Para a criação das questões consideramos que conhecimento avalia a compreensão a respeito de determinado assunto, a atitude é o sentimento sobre o assunto abordado, bem como preconceitos que podem permear o tema e a prática é o modo como o conhecimento é demonstrado através de ações.

As questões de números 1 a 11 relacionam-se a identificação sociodemográfica e obstétrica, de número 12 a 17 relacionam-se à conhecimento, as questões 18 a 24 relacionam-se a atitude que os participantes da pesquisa possuem diante da temática abordada e por fim, as questões de 25 a 33 avaliam o conhecimento sobre o assunto. Em anexo, encontra-se a cartilha que será utilizada na sessão educativa, para ajudá-lo (a) em sua avaliação.

Peço para que analise a **clareza**, **pertinência**, e **abrangência** dos itens do questionário, considerando as seguintes orientações:

Pertinência: os conceitos das questões serão analisados para saber se o mesmo reflete os conceitos envolvidos, e se são relevantes a situação e adequados ao objetivo proposto. Deve-se escolher uma das opções:

- 1 Não relevante ou não representativo
- 2 Necessita de grande revisão para ser representativo
- 3 Necessita de pequena revisão para ser representativo
- 4 Relevante ou representativo

Clareza: irá avaliar a redação dos itens, se expressam adequadamente o que se deseja medir e se traduz fielmente o conceito desejado. Deve-se avaliar se os itens estão escritos de maneira correta e compreensível. Para tanto, deve-se escolher uma das opções:

- 1 Não claro
- 2 Pouco claro
- 3 Moderadamente claro
- 4 Muito claro

Abrangência: Deve-se avaliar se os itens permitem obter informações suficientes para atingir o objetivo de cada tópico. Neste momento, pode incluir ou excluir itens que se julgar necessários. Escolher uma das opções:

- 1 Não abrangente
- 2 Pouco abrangente
- 3 Moderadamente abrangente
- 4 Muito abrangente

Ao final de cada questão o (a) senhor (a) poderá apresentar suas sugestões ou comentários que julgar serem necessários.

Agradecemos a sua atenção e gentileza em auxiliar nesta etapa do nosso projeto.

Caso não tenha disponibilidade em participar deste processo de validação do conteúdo, dentro do prazo de duas semanas, favor entrar em contato pelo e-mail: lia_maristela@hotmail.com

Atenciosamente,

Lia Maristela da Silva Jacob

Maria Helena Baena de Moraes Lopes

Antonieta Keiko Kakuda Shimo

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Juízes)

Efeito de uma intervenção educativa para a prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional: ensaio clínico randomizado

Lia Maristela da Silva Jacob - Número do CAAE: 69789617.5.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos: Estou realizando uma pesquisa para ver o nível do conhecimento, da atitude e da prática sobre a prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional das mulheres que fazem pré-natal de alto risco com o diagnóstico de síndrome hipertensiva gestacional. Esta síndrome é muito frequente nas gestantes, associada de complicações, evoluindo em alguns casos para morte da mãe e do recém-nascido.

Procedimentos: Como juiz especialista, você participará dessa pesquisa somente no momento da validação de conteúdo, sendo garantido seu anonimato, o que significa dizer que seu nome e as informações que você prestar durante a entrevista, não serão identificadas. Mesmo tendo aceitado participar da pesquisa, se por qualquer motivo, durante o seu andamento, resolver sair do estudo, terá inteira liberdade para retirar o seu consentimento, sem nenhum prejuízo. Os dados coletados serão registrados por instrumento auto-aplicado de avaliação e armazenados em pastas de arquivos, no endereço da pesquisadora principal, acima citado, pelo período de cinco anos.

Desconfortos e riscos: Como participante você terá riscos mínimos de constrangimento ou desgaste oriundo da participação nas etapas de construção e validação do instrumento.

Benefícios: Os benefícios diretos advindos do estudo estão relacionados à troca de conhecimentos entre os participantes ou entre esses e a pesquisadora durante a coleta de dados e a contribuição para o desenvolvimento de um instrumento válido, segundo os preceitos metodológicos de validação. Como benefício indireto terá contribuído para a disponibilização de um instrumento adequado ao público a que se destina, pela fácil compreensão, boa apresentação e relevância de seu conteúdo permitindo sua utilização como ferramenta de apoio para as orientações de conhecimento, atitude e prática da síndrome hipertensiva gestacional.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados do estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e indenização: Não haverá ajuda de custo por participar desta pesquisa. Você terá a garantia ao direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Não haverá necessidade da participação da gestante ou acompanhante fora da sua rotina. Todos os custos da pesquisa serão financiados pela pesquisadora e se houver necessidade de deslocamento por parte da pesquisadora até a casa da gestante, os custos serão totalmente da mesma.

Contato: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Lia Maristela da Silva Jacob, RG 2007836274-6, enfermeiro, contato: (85) 996396659, pós-graduando da Faculdade de Enfermagem - UNICAMP. Residente no endereço: Rua Manoel de Sousa Filho, 09. Bairro: Barão Geraldo, Campinas- SP.

Local de Trabalho: Universidade Estadual de Campinas- Faculdade de Enfermagem - UNICAMP. Endereço: Rua Tessália de Camargo, 126 Cep: 13083-887. Cidade Universitária- Campinas/ SP. Horário: 13;00hs às 17;00hs - Terça-feira.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a

regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento livre e esclarecido: Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante: _____

Contato telefônico: _____ e-mail (opcional): _____

Data: ____/____/____.

Rubrica do participante: _____ Rubrica do pesquisador: _____

(Assinatura do participante)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____/____/____.

Rubrica do participante: _____ Rubrica do pesquisador: _____

APÊNDICE D

Instrumento de avaliação do Instrumento / CAP- Síndrome Hipertensiva Gestacional (juízes especialistas)

Parte 1 – Identificação

Nome do Avaliador:

Idade: _____ Sexo: _____ Profissão: _____

Tempo de Formação (em anos): _____

Área de Trabalho: _____

Função/cargo na instituição: _____

Tempo de trabalho na área: _____

Titulação: Especialização/Residência () Mestrado ()

Doutorado ()

Tema do trabalho de conclusão:

Especialização/Dissertação/Tese: _____

Participação em grupo/projetos de pesquisa com a temática SHG ou na área obstétrica:

() Sim () Não – Se sim, especificar o tempo de participação (em anos): _____

Publicação de pesquisa envolvendo a temática:

() Conhecimento, atitude e prática Validação de Instrumento

() Obstetrícia

() Outros (especificar) _____

Parte 2 – Instruções e avaliação

Analise minuciosamente o instrumento de acordo com os critérios relacionados. Em seguida, classifique-a em consonância com o valor que mais se adéqua à sua opinião de acordo com a valorização abaixo:

PERTINÊNCIA:

- | | |
|---|--|
| 1 = Não relevante ou não representativo | 2 = Necessita de grande revisão para ser representativo |
| 3 = Necessita de pequena revisão para ser representativo | 4 = Relevante ou representativo |

CLAREZA:

- | | |
|--------------------------------|------------------------|
| 1 = Não Claro | 2 = Pouco Claro |
| 3 = Moderadamente Claro | 4 = Muito Claro |

ABRANGÊNCIA:

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| 1 = Não Abrangente | 2 = Pouco Abrangente |
| 3 = Moderadamente Abrangente | 4 = Muito Abrangente |

1. Identificação sociodemográfica e obstétrica (Questões 1 a 11)

Fator a ser examinado	1	2	3	4
a) Pertinência				
b) Clareza				
c) Abrangência				

Sugestões ou comentário de alguma questão especificamente

2. Conhecimento (Questões 12 a 17)

Fator a ser examinado	1	2	3	4
a) Pertinência				
b) Clareza				
c) Abrangência				

Sugestões ou comentários de alguma questão especificamente

3. Atitude (Questões 18 a 24)

Fator a ser examinado	1	2	3	4
a) Pertinência				
b) Clareza				
c) Abrangência				

Sugestões ou comentários de alguma questão especificamente

4. Prática (Questões 25 a 33)

Fator a ser examinado	1	2	3	4
a) Pertinência				
b) Clareza				
c) Abrangência				

Sugestões ou comentários de alguma questão especificamente

APÊNDICE E
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
AValiação DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA EM RELAÇÃO À
HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
AValiação DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA EM RELAÇÃO À HIPERTENSÃO NA
GRAVIDEZ

Pesquisa: EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA A PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DA SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Objetivo: Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa no conhecimento, na atitude e na prática das gestantes para a prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional

Gestante nº _____ PA _____

Parte 1 – Identificação sociodemográfica e obstétrica

☐ Pré-consulta	☐ 7º dia	☐ 30º dia
1- Nome (Iniciais):		
2- Procedência (município). Especificar se é o município de residência:		
3- Idade (em anos):		
4- Escolaridade (anos de estudo completos):		
5- Religião:	☐ Católica	☐ Espírita
	☐ Umbanda/candomblé	☐ Sem religião
		☐ Evangélica
		☐ Judaica
6- Cor da pele (autodeclarada):	☐ Branca	☐ Negra
		☐ Parda
		☐ Amarela
7- Profissão/ocupação:		
8- Renda familiar em R\$:		
9- Estado Civil:	☐ Solteira	☐ União estável (Casada e União consensual)
		☐ Viúva
		☐ Divorciada
10- Número de consultas pré-natais desta gravidez:		
11- Idade gestacional em semanas (IG)? (Se não sabe, colocar DUM ou US para calcular)		
12- G____P____A____		
13- IMC:		

Parte 2 – Conhecimento sobre a hipertensão na gravidez

14- Você já ouviu falar sobre hipertensão na gravidez?		☐ Sim	☐ Não
15- A hipertensão na gravidez é:	☐ Uma complicação na gravidez	☐ Um processo normal que ocorre durante a gravidez	
16- A hipertensão na gravidez tem alguma relação com a pressão arterial?		☐ Sim	☐ Não
16.1- Se sim, qual?			
17- Quem/o que lhe deu essa informação (Pode ser marcado mais de um item)?			
☐ TV	☐ Rádio	☐ Internet	☐ Jornal
☐ Profissionais de saúde	☐ Não lembra	☐ Escola	☐ Família
18- Você sabe dizer quais as complicações que esta hipertensão pode provocar?			
☐ Não sabe	☐ Complicações no sistema renal	☐ Complicações no sistema cardiovascular	
☐ Sangramento transvaginal	☐ Complicações no sistema neurológico	☐ Complicações no sistema uteroplacentário	
☐ Síndrome Hellp	☐ Parto prematuro	☐ Morte materno-infantil	

☐ Outros:		
19- Você sabe dizer por que se adquire esta hipertensão durante a gestação?	☐ Sim	☐ Não
19.1- Se sim, por quê?		
20- Em sua opinião, o que a gestante sente quando tem a hipertensão na gravidez?		
☐ Dor de cabeça	☐ Dor no estômago	☐ Crise convulsiva
☐ Inchaço nas pernas, nos pés e/rosto	☐ Pressão arterial elevada constantemente	☐ Perda de proteína na urina
☐ Aumento exagerado de peso corpóreo	☐ Outros:	
21- Sabe dizer se existe tratamento para hipertensão na gravidez?	☐ Sim	☐ Não
21.1- Se, SIM qual?		
22- Você conhece os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão na gravidez?		
☐ Diabetes	☐ Lúpus	☐ Obesidade
☐ Gravidez múltipla	☐ Primeira gravidez	☐ Gravidez gemelar
☐ Raça negra	☐ Multiparidade	☐ Caso de SHG na gestação anterior
☐ Diabetes hiperproteicas/hipersódica		
☐ Idade superior a 35 anos e antes dos 17	☐ Gestação com parceiros diferentes	☐ Outros:
☐ Antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica		
23- Você sabe dizer quais os tipos de hipertensão na gravidez?		
☐ Hipertensão Crônica – HC	☐ Hipertensão induzida pela gravidez – HIG	☐ Pré-Eclâmpsia - PE
☐ Pré-Eclâmpsia Superposta – PES	☐ Eclâmpsia	☐ Não sabe
24- Sabe qual a sua?	☐ Sim	☐ Não
24.1-Se SIM qual?		

[PARA PREENCHIMENTO DO PESQUISADOR, NÃO PERGUNTAR]
AValiação GERAL DO CONHECIMENTO: () ADEQUADO () INADEQUADO

Parte 3 - Atitude sobre a hipertensão na gravidez	
25-	Em sua opinião é útil/ necessário ou não que as gestantes recebam informações sobre a hipertensão na gestação logo no início do pré-natal? () Sim () Não
25.1-	Não, _____ por _____ quê? _____
26-	Em sua opinião, uma gestante com hipertensão precisa ter alimentação diferente das gestantes que não têm hipertensão? () Sim () Não () Não sabe
26.1-	Sim, por quê? _____
27-	Em sua opinião, qual a principal preocupação de uma gestante com hipertensão?
Parte 4 - Prática sobre a hipertensão na gravidez	
28-	Você tem alguma complicação da hipertensão na gravidez? () Sim () Não () Não sabe informar
28.1-	Se, SIM qual? _____
29-	Você verifica sua pressão arterial no seu dia a dia, fora das consultas de pré-natal? () Sim () Não

29.1-	Com que frequência isso ocorre: _____
30-	Está prescrito algum tratamento para hipertensão? () Não () Não sabe () Medicamento () Dieta () Exercícios () Outros

30.1-	1- Medicamentoso – qual? _____ 2 - Dieta, qual? _____
31-	Você segue uma dieta específica para prevenir as complicações da hipertensão na gravidez? () Sim () Não
31.1-	Se, SIM qual? _____
32-	Qual a quantidade de água que você costuma tomar por dia? _____
33-	Você faz repouso físico diário (durante o dia)? () Sim () Não
33.1-	Por que? _____
34-	Você realiza/pratica atividade física? () Sim () Não
34.1-	Se SIM qual? _____ Com que frequência? _____
34.2-	Se NÃO Por quê? _____

[PARA PREENCHIMENTO DO PESQUISADOR, NÃO PERGUNTAR]
AVALIAÇÃO GERAL DE ATITUDE: () ADEQUADA () INADEQUADA

Obrigada por participar da pesquisa!

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Gestantes)

Efeito de uma intervenção educativa para a prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional: ensaio clínico randomizado

Lia Maristela da Silva Jacob - Número do CAAE: 69789617.5.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos: Estou realizando uma pesquisa para ver o nível do conhecimento, da atitude e da prática sobre a prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional das mulheres que fazem pré-natal de alto risco com o diagnóstico de síndrome hipertensiva gestacional. Esta síndrome acomete muitas gestantes, associada de complicações, evoluindo em alguns casos para mortalidade materna e neonatal.

Procedimentos: Participando do estudo você está sendo convidado a: receber uma intervenção educativa com o uso de uma tecnologia leve (cartilha educativa). Serão apresentadas informações em relação a síndrome hipertensiva gestacional: conceito, fatores de risco, prevenção das complicações e tratamento. Até o momento não foi observado nenhum risco com o uso de intervenção educativa, e não se conhece nenhum efeito impróprio importante dessa estratégia para gestantes ou seu bebê durante o pré-natal.

A equipe médica e de enfermagem cuidarão da senhora da mesma forma que se não estivesse participando da pesquisa e será submetida aos mesmos tratamentos e exames que as gestantes que não participarão.

Desconfortos e riscos: Até o momento não foi observado nenhum risco com o uso de intervenção educativa, e não se conhece nenhum efeito impróprio importante dessa estratégia para gestantes ou seu bebê durante o pré-natal.

Benefícios: As gestantes que participarem da pesquisa irão receber orientações em relação a síndrome hipertensiva: definição da síndrome, fatores de risco, prevenção das complicações e tratamento.

Acompanhamento e assistência: A qualquer momento pode deixar de participar deste estudo sem que isso prejudique seu atendimento ou do seu filho. Seu nome e seus dados pessoais não serão divulgados, mesmo que os resultados sejam publicados em revistas ou apresentados em congressos.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e indenização: Não haverá ajuda de custo por participar desta pesquisa. Você terá a garantia ao direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Lia Maristela da Silva Jacob, RG 2007836274-6, enfermeiro, contato: (85) 996396659, pós-graduando da Faculdade de Enfermagem - UNICAMP. Residente no endereço: Rua Manoel de Sousa Filho,09. Bairro: Barão Geraldo, Campinas- SP.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas □ SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa

(CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento livre e esclarecido: Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante: _____

Contato telefônico: _____

e-mail (opcional): _____

Data: ____/____/____.

Rubrica do participante: _____ Rubrica do pesquisador: _____

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

Rubrica do participante: _____ Rubrica do pesquisador: _____

APÊNDICE G

TERMO DE ASSENTIMENTO (Gestantes menores de 18 anos)

Efeito de uma intervenção educativa para a prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional: ensaio clínico randomizado

Lia Maristela da Silva Jacob - Número do CAAE: 69789617.5.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Assentimento, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos: Estou realizando uma pesquisa para ver o nível do conhecimento, da atitude e da prática sobre a prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional das mulheres que fazem pré-natal de alto risco com o diagnóstico de síndrome hipertensiva gestacional. Esta síndrome é muito frequente nas gestantes, associada de complicações, evoluindo em alguns casos para morte da mãe e do recém-nascido.

Procedimentos: Participando do estudo você está sendo convidado a: receber uma intervenção educativa com o uso de uma tecnologia leve (cartilha educativa). Serão apresentadas informações em relação a síndrome hipertensiva gestacional: conceito, fatores de risco, prevenção das complicações e tratamento. Até o momento não foi observado nenhum risco com o uso de intervenção educativa, e não se conhece nenhum efeito impróprio importante dessa estratégia para gestantes ou seu bebê durante o pré-natal.

A equipe médica e de enfermagem cuidarão da senhora da mesma forma que se não estivesse participando da pesquisa e será submetida aos mesmos tratamentos e exames que as gestantes que não participarão.

Desconfortos e riscos: Até o momento não foi observado nenhum risco com o uso de intervenção educativa, e não se conhece nenhum efeito impróprio importante dessa estratégia para gestantes ou seu bebê durante o pré-natal.

Benefícios: As gestantes que participarem da pesquisa irão receber orientações em relação a síndrome hipertensiva: definição da síndrome, fatores de risco, prevenção das complicações e tratamento.

Acompanhamento e assistência: A qualquer momento pode deixar de participar deste estudo sem que isso prejudique seu atendimento ou do seu filho. Seu nome e seus dados pessoais não serão divulgados, mesmo que os resultados sejam publicados em revistas ou apresentados em congressos.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e indenização: Não haverá ajuda de custo por participar desta pesquisa. Você terá a garantia ao direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Lia Maristela da Silva Jacob, RG 2007836274-6, enfermeiro, contato: (85) 996396659, pós-graduando da Faculdade de Enfermagem - UNICAMP. Residente no endereço: Rua Manoel de Sousa Filho,09. Bairro: Barão Geraldo, Campinas - SP.

Local de Trabalho: Universidade Estadual de Campinas- Faculdade de Enfermagem- UNICAMP. Endereço: Rua Tessália de Camargo, 126 Cep: 13083-887. Cidade Universitária- Campinas/ SP. Horário: 13;00hs às 17;00hs - Terça-feira.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a

regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Declaração de Assentimento: Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar e com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido já assinado pelo meu responsável, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante: _____

Contato telefônico: _____

e-mail (opcional): _____

Data: ____/____/____.

Rubrica do participante: _____ Rubrica do pesquisador: _____

Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____/____/____.

Rubrica do participante: _____ Rubrica do pesquisador: _____

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA A PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DA SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Pesquisador: LIA MARISTELA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 69789617.5.0000.5404

Instituição Proponente: FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

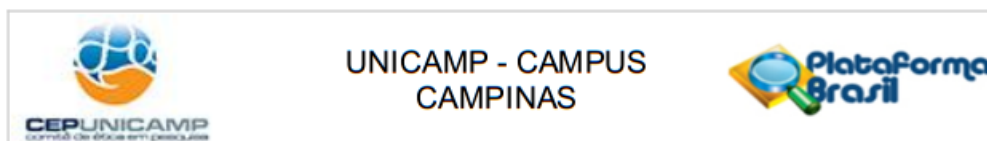
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.238.364

Apresentação do Projeto:

Resumo: Objetivo: Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa no conhecimento, na atitude e na prática das gestantes para a prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional. Método: Trata-se de estudo de delineamento experimental a ser realizado em uma Unidade de Atenção Terciária em Saúde no município de Fortaleza-Ce. A intervenção será caracterizada pela aplicação de uma estratégia educativa para a prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional. Os efeitos da intervenção nas gestantes do grupo de intervenção (GI) serão comparados com os resultados obtidos pelas gestantes do grupo controle (GC), com vistas a alcançar o seguinte desfecho: elevar o nível do Conhecimento, da Atitude e Prática) nas gestantes do GI. Serão convidadas a participar do estudo, todas as gestantes que fazem acompanhamento de pré-natal de alto risco com diagnóstico de síndrome hipertensiva gestacional até 33 semanas de gestação. Tem-se uma estimativa de 90 gestantes atendidas por mês com esta síndrome nesta unidade. Antes da Intervenção serão incluídas as gestantes nos períodos de três meses que antecederão a intervenção. Uma vez definido o número de gestantes que irão participar do estudo será aplicado o método de aleatorização por blocos de tamanho aleatório para definir a distribuição das gestantes nos grupos de estudo. Para a intervenção será utilizada uma cartilha educativa intitulada "Síndrome Hipertensiva Gestacional- SHG" já validada, abordando no seu

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.238.364

Resumo: **Objetivo:** Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa no conhecimento, na atitude e na prática das gestantes para a prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional. **Método:** Trata-se de estudo de delineamento experimental a ser realizado em uma Unidade de Atenção Terciária em Saúde no município de Fortaleza-Ce. A intervenção será caracterizada pela aplicação de uma estratégia educativa para a prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional. Os efeitos da intervenção nas gestantes do grupo de intervenção (GI) serão comparados com os resultados obtidos pelas gestantes do grupo controle (GC), com vistas a alcançar o seguinte desfecho: elevar o nível do Conhecimento, da Atitude e Prática) nas gestantes do GI. Serão convidadas a participar do estudo, todas as gestantes que fazem acompanhamento de pré-natal de alto risco com diagnóstico de síndrome hipertensiva gestacional até 33 semanas de gestação. Tem-se uma estimativa de 90 gestantes atendidas por mês com esta síndrome nesta unidade. Antes da Intervenção serão incluídas as gestantes nos períodos de três meses que antecederão a intervenção. Uma vez definido o número de gestantes que irão participar do estudo será aplicado o método de aleatorização por blocos de tamanho aleatório para definir a distribuição das gestantes nos grupos de estudo. Para a intervenção será utilizada uma cartilha educativa intitulada "Síndrome Hipertensiva Gestacional- SHG" já validada, abordando no seu da gravidez (hipertensão arterial crônica), bem como induzi-la em mulheres normotensas (hipertensão gestacional/pré- eclâmpsia/eclâmpsia)¹⁰. Santos et al.¹¹, apresentam que a SHEG, que era denominada doença, atualmente é reconhecida como uma síndrome (conjunto de sinais e sintomas), acrescentando que a mesma contribui significativamente, tanto para a morbimortalidade materna quanto fetal. Nesse sentido, é necessário que todos os profissionais de saúde atuantes na assistência ao pré-natal estabeleçam as ações educativas, como estratégia, propiciando às gestantes o conhecimento para elas atuarem diretamente no processo de prevenção das complicações da síndrome hipertensiva³. A prática educativa, como parte integrante do cuidado de Enfermagem, objetiva a construção de um saber compartilhado sobre o processo saúde- doença-cuidado. Através da elaboração e do fortalecimento da cumplicidade, a educação assegura aos indivíduos o direito de decidir quais estratégias são mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde¹². Acredito que o conhecimento é o melhor caminho para a gestante participar com eficácia e autonomia do processo que perpassa desde o pré-natal, parto e puerpério, promovendo assim sua saúde e buscando sua melhor qualidade de vida. **Hipótese:** Hipótese H0O nível do conhecimento, da atitude e da prática sobre a prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional do grupo de intervenção (uso da cartilha), será igual a do grupo controle (consulta pré-natal). Hipótese H1O nível do conhecimento, da atitude e da prática

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



UNICAMP - CAMPUS
CAMPINAS



Continuação do Parecer: 2.238.364

sobre a prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional que participaram do grupo de intervenção (uso das cartilhas educativas), será maior que o do grupo controle (consulta pré-natal). Metodologia Proposta: Será realizado um estudo clínico randomizado e longitudinal. A principal vantagem deste estudo é a capacidade de demonstrar causalidade. Isso decorre, em especial, da alocação aleatória da intervenção, que pode eliminar a influência de variáveis confundidoras e minimizar a possibilidade de que os efeitos observados sejam reforçados pela cointervenção¹⁶. No estudo de delineamento experimental, onde a essência da concepção de "experimento" requer uma manipulação intencional e uma ação para analisar seus possíveis efeitos. Refere-se a um estudo em que se manipulam intencionalmente uma ou mais variáveis independentes para analisar as consequências da manipulação sobre uma ou mais variáveis dependentes, dentro de uma situação de controle do pesquisador¹⁷. Portanto, para se qualificar como experimento, o delineamento da pesquisa necessita possuir três segunmentos propriedades: manipulação (o experimentador faz alguma coisa aos participantes do estudo); controle (o experimentador introduz controles sobre a situação experimental, incluindo o uso do grupo controle) e a randomização (o experimentador designa aleatoriamente os participantes para os grupos controle e experimental)¹⁸. A intervenção será caracterizada pela aplicação de uma estratégia educativa para a prevenção das complicações da SHG. Os efeitos da intervenção nas gestantes do grupo de intervenção (GI) serão comparados com os resultados obtidos pelas gestantes do grupo controle (GC), com vistas a alcançar o seguinte desfecho: elevar o nível do Conhecimento, da Atitude e Prática nas gestantes do GI. Para a intervenção será utilizada uma cartilha educativa intitulada "Síndrome Hipertensiva Gestacional- SHG", abordando no seu conteúdo prevenção da SHG, suas complicações e tratamento que foi construída e validada por Jacob¹³. Local do estudo A pesquisa será realizada em uma unidade de atenção terciária, localizada no município de Fortaleza - CE. O acesso à assistência pré-natal no município de Fortaleza ocorre por meio das Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) compostas por equipes de saúde da família, distribuídas nas seis regionais de saúde. As maternidades de risco habitual ofertam pré-natal de risco intermediário e são matriciadoras para as equipes de saúde da família. O acesso da gestante ao pré-natal de alto risco para as três maternidades de referência, ocorre após estratificação de risco na atenção básica. Cada uma das maternidades ofertam um quantitativo de vagas¹⁹. A Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), foi a maternidade de escolha por ser um hospital de referência estadual de 184 municípios e proporcionar um grande número de atendimentos as gestantes de alto risco. Ela é conveniada à Universidade Federal do Ceará e têm a missão de promover o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde, atuando

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.238.364

de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente. No Estado do Ceará, a atenção assistencial à saúde é organizada em Macrorregiões e Microrregiões de modo a atender os princípios doutrinários e organizativos do SUS^{6,20} que mostra o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. A maior Macrorregião do Estado é a de Fortaleza. Abrange aproximadamente 70,6% da população do estado, um número estimado em 6.032.600 habitantes²¹. Conta com 91 UAPS, 402 Equipe Saúde da Família (EqSF), sendo 341 auxiliares de enfermagem, 2.458 Agente Comunitário de Saúde, 389 enfermeiros e 369 médicos²². Evidencia-se que cada UAPS tem um Coordenador, número de Equipe Saúde da Família (EqSF) varia segundo o quantitativo de famílias cadastradas e residentes na área adscrita. Serão convidadas a participar do estudo, todas as gestantes que fazem acompanhamento de pré-natal de alto risco com diagnóstico de síndrome hipertensiva gestacional até 33 semanas de gestação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa no conhecimento, na atitude e na prática das gestantes para a prevenção das complicações da síndrome hipertensiva gestacional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora os "Riscos: Até o momento não foi observado nenhum risco com o uso de intervenção educativa, e não se conhece nenhum efeito impróprio importante dessa estratégia para gestantes ou seu bebê durante o pré-natal. Benefícios: As gestantes que participarem da pesquisa, irão obter conhecimentos em relação a síndrome hipertensiva e suas complicações."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este protocolo se refere ao Projeto de Pesquisa intitulado "EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA A PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DA SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO", cuja Pesquisadora LIA MARISTELA com a colaboração das pesquisadoras participantes (ORIENTADORA) Pro^{fa}. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo e (COORDINADORA) Pro^{fa}. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes A pesquisa foi enquadrada na Área Temática "Ciências da Saúde" e embasará a Tese de Doutorado da pesquisadora. A Instituição Proponente é a FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNICAMP. Segundo as Informações Básicas do Projeto, a pesquisa tem orçamento estimado em R\$ 1.538,00 (Mil e quinhentos e trinta e oito reais) e o cronograma apresentado contempla início do estudo para junho de 2017 e término em junho de 2019, a coleta de dados no entanto começará em agosto de 2017. Serão abordados ao todo 90 pessoas, sendo elas gestantes.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.238.364

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1 - Folha de Rosto Para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos: Foi apresentado o documento "Folha_Rosto" devidamente preenchido, datado e assinado.
- 2 - Projeto de Pesquisa: Foram analisados os documentos "Projeto" e "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_905115" de 10/06/2017. Adequado
- 3 - Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Informações sobre orçamento financeiro incluídas no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_905115" de 10/06/2017. Adequado.
- 4 - Cronograma: Informações sobre o cronograma incluídas nos documentos "Projeto" e "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_905115" de 10/06/2017. Adequado.
- 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Foi apresentado o documento "termo.pdf" adequado.
- 6 - Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores. Adequado.
- 7- Outros documentos que acompanham o Protocolo de Pesquisa:
 - AtestadoMatricula
 - carta_anuencia
 - termo_ciencia
 - carta_resposta

Recomendações:

1. Lembramos que o TCLE deve ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador (resolução 196/96 CNS/MS, artigo IV.2 "d").
2. Se o TCLE tiver mais de uma página, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas desse documento, apondo suas assinaturas na última página do referido termo (Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS).
3. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 196/96 CNS/MS (artigo IX.2 letra "a").
4. Ao pesquisador cabe desenvolver o projeto conforme delineado, elaborar e apresentar os relatórios parciais e final, bem como encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto (resolução

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.238.364

196/96 CNS/MS, artigo IX.2 letras "b", "d" e "f").

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências as serem relatadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

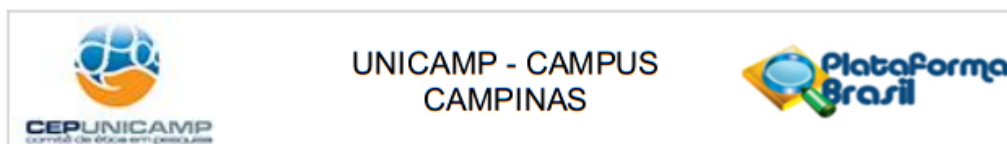
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.238.364

-Lembramos que segundo a Resolução 466/2012 , item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_905115.pdf	15/08/2017 12:31:51		Aceito
Outros	Carta_resposta_agosto.pdf	15/08/2017 12:29:13	LIA MARISTELA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pdf.pdf	15/08/2017 12:03:32	LIA MARISTELA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Lia.pdf	15/08/2017 11:36:29	LIA MARISTELA	Aceito
Outros	carta_resposta.pdf	10/07/2017 15:33:49	LIA MARISTELA	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	10/06/2017 15:21:31	LIA MARISTELA	Aceito
Outros	termo_ciencia.pdf	10/06/2017 15:21:10	LIA MARISTELA	Aceito
Outros	AtestadoMatricula.pdf	10/06/2017 15:19:16	LIA MARISTELA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	24/05/2017 15:48:14	LIA MARISTELA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.238.364

CAMPINAS, 24 de Agosto de 2017

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

ANEXO B

Comprovante – Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos

 **REGISTRO BRASILEIRO DE**
Ensaios Clínicos

LIAJACOB 001 000 Permit Painei SAIR 

[PT](#) | [ES](#) | [EN](#)

[NOTÍCIAS](#) | [SOBRE](#) | [AJUDA](#) | [CONTATO](#)

[Buscar ensaios](#)

[BUSCA AVANÇADA](#)

[HOME](#) / [ENSAIOS REGISTRADOS](#) /

RBR-8wyp8j
Efeito de uma intervenção educativa para a prevenção das complicações da Síndrome Hipertensiva Gestacional: ensaio clínico randomizado
Data de registro: 4 de Abril de 2018 às 15:36
Last Update: 17 de Maio de 2018 às 09:47

Tipo do estudo:
Intervenções

Título científico:

PT-BR
Efeito de uma intervenção educativa para a prevenção das complicações da Síndrome Hipertensiva Gestacional: ensaio clínico randomizado

EN
Effect of an educational intervention for the prevention of complications of Gestational Hypertensive Syndrome: a randomized clinical trial

ANEXO C

Permissão da publicação do artigo na Tese



Rio de Janeiro, 17 de abril de 2019.

A Revista Enfermagem Atual InDerme, veículo oficial da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética (SOBENFeE), vem por meio deste documento autorizar que, o artigo intitulado **“AÇÕES EDUCATIVAS PARA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES RELACIONADAS À GESTAÇÃO”**, dos autores: **Lia Maristela da Silva Jacob, Reginaldo Roque Mafetoni, Maura Cristine e Silva Figueira, Maria Helena de Moraes Lopes e Antonieta Keiko Kakuda Shimo**; seja inserido na tese intitulada **“EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA A PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DA SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO”**, que será apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem (Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP).

Atenciosamente,

Prof.^a Kátia de Oliveira Simões
Editora-Interina da Revista Enfermagem Atual In Derme



ANEXO D

Comprovante de submissão na Revista da Escola de Enfermagem da USP

ScholarOne Manuscripts™

Lia Maristela da Silva Jacob ▾English (US) ▾Instructions & FormsHelpLog Out

Revista da Escola de Enfermagem da USP

[Home](#) [Author](#)

Author Dashboard / Submission Confirmation

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Manuscript ID	REEUSP-2019-0138
Title	SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA
Authors	Jacob, Lia Maristela da Silva Lopes, Maria Helena Baena de Moraes Shimo, Antonieta
Date Submitted	15-May-2019

ANEXO E

Comprovante de submissão na Revista Gaúcha de Enfermagem

07/05/2019

ScholarOne Manuscripts

 Revista Gaúcha de Enfermagem Início Autor

Confirmação da submissão

 imprimir

Obrigado pela sua submissão

Submetido para

Revista Gaúcha de Enfermagem

ID do manuscrito

RGENF-2019-0180

Título

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL DE MATERNIDADE PÚBLICA

AutoresJACOB, LIA MARISTELA DA
dos Santos, Artur
Lopes, Maria Helena
Shimo, Antonieta**Data da submissão**

07-mai-2019

ANEXO F

Comprovante de submissão na Revista Latino-Americana de Enfermagem



Revista Latino-Americana de Enfermagem

[Home](#)[Author](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to Revista Latino-Americana de Enfermagem

Manuscript ID RLAE-2019-3631

Title Conhecimento, atitude e prática sobre síndrome hipertensiva gestacional entre gestantes: ensaio clínico randomizado

Authors Jacob, Lia Maristela da Silva
Mafetoni, Reginaldo Roque
Lopes, Maria Helena
Shimo, Antonieta Keiko

Date Submitted 13-May-2019

[Author Dashboard](#)