

PERFIL DE GESTANTES CARDIOPATAS: ALTO RISCO

Claudia Felczak¹, Ana Paula Xavier Ravelli², Suellen Vienscoski Skupien³,
Maria Helena Ricken⁴, Laryssa De Col Dalazoana Bayer⁵, Eva Aparecida Almeida⁶

RESUMO: Objetivo: caracterizar as gestantes cardiopatas com alto risco gestacional atendidas no setor secundário pela 3ª regional de saúde do Paraná. **Método:** pesquisa quantitativa, documental retrospectiva, realizada entre julho e agosto de 2016. O estudo apropriou-se de dados secundários, de indicadores de saúde advindos do Ambulatório de Alto Risco Gestacional dos Campos Gerais. O banco de dados compreendeu outubro de 2013 a junho de 2016, sendo analisados 60 prontuários de gestantes cardiopatas, utilizando para tal as variáveis: diagnóstico cardíaco, e fatores sociodemográficos e antecedentes obstétricos. **Resultados:** predominou-se a arritmia cardíaca como diagnóstico encontrado nos prontuários, a Hipertensão Arterial Sistêmica como fator de risco cardiovascular, pacientes procedentes da cidade de Castro, com idade média de 26,4 anos, casadas, com ensino fundamental completo e multigestas. **Conclusão:** conclui-se que estas gestantes apresentaram a arritmia cardíaca como principal diagnóstico. Isso eleva os índices de cesariana, sendo primordial a atuação do enfermeiro no pré-natal para minimizar possíveis complicações.

DESCRIPTORES: Gravidez de alto risco; Gestantes; Cardiopatas; Enfermagem; Cuidado pré-natal.

PROFILE OF CARDIAC PREGNANT WOMEN: HIGH-RISK

ABSTRACT: Objective: To characterize cardiac pregnant women with high-risk pregnancies assisted in a secondary healthcare unit at the Third Regional Health Center of the state of Paraná, Brazil. **Methods:** Quantitative, documentary and retrospective study carried out from July to August 2016. The investigation used secondary data from health indicators originated at the Campos Gerais High-Risk Pregnancy Clinic. The database search was restricted to the period between October 2013 and June 2016. Sixty medical records of cardiac pregnant women were analyzed using two variables: cardiac diagnosis, and sociodemographic factors and obstetric antecedents. **Results:** The most common cardiac diagnosis was cardiac arrhythmia and the prevalent cardiovascular risk factor was systemic arterial hypertension. The profile of patients assisted in this unit was a woman from the Castro municipality, 26.4 years old on the average, married, with complete primary school and multigravida. **Conclusion:** The main cardiac diagnosis among the examined women was cardiac arrhythmia, which increases cesarean indexes and makes the work of nurses in prenatal care fundamental to minimize possible complications.

DESCRIPTORS: High-risk pregnancy; Pregnant women; Heart diseases; Nursing; Prenatal care.

PERFIL DE EMBARAZADAS CON CARDIOPATÍAS: ALTO RIESGO

RESUMEN: Objetivo: Caracterizar a embarazadas con cardiopatías de alto riesgo gestacional atendidas en sector secundario de 3ª regional de salud de Paraná. **Método:** Investigación cuantitativa, documental, retrospectiva, realizada de julio a agosto de 2016. El estudio tomó datos secundarios, de indicadores de salud del Servicio del Servicio de Alto Riesgo Gestacional de Campos Gerais. Banco de datos desde octubre de 2013 hasta junio de 2016. Fueron analizadas 60 historias clínicas de embarazadas con cardiopatías, utilizándose las variables: diagnóstico cardíaco, factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos. **Resultados:** La arritmia cardíaca fue el diagnóstico predominante en las historias clínicas, la Hipertensión Arterial Sistémica como factor de riesgo cardiovascular, pacientes de la ciudad de Castro, media etaria de 26,4 años, casadas, con enseñanza primaria completa y no primerizas. **Conclusión:** Estas embarazadas presentaron arritmia cardíaca como principal diagnóstico. Esto incrementa los índices de cesáreas, resultando primordial la actuación del enfermero en el prenatal para minimizar complicaciones.

Descriptores: Embarazo de Alto Riesgo; Mujeres Embarazadas; Cardiopatías; Enfermería; Atención Prenatal.

¹Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa-PR-Brasil.

²Enfermeira Obstetra. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa.

³Enfermeira. Mestre em Tecnologia em Saúde. Docente do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa-PR-Brasil.

⁴Enfermeira Obstetra. Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais. Ponta Grossa-PR-Brasil.

⁵Enfermeira Obstetra. Docente do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa-PR-Brasil.

⁶Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa-PR-Brasil.

Autor Correspondente:

Claudia Felczak

Universidade Estadual de Ponta Grossa

Av. General Carlos Cavalcanti, 4748, CEP 84030-900 - Ponta Grossa, Paraná, Brasil

E-mail: felczak.claudia13@gmail.com

Recebido: 06/12/2016

Finalizado: 29/01/2018

● INTRODUÇÃO

A gestação se caracteriza por mudanças fisiológicas que ocorrem no organismo materno, onde não somente o aparelho reprodutor, mas também outros sistemas sofrem uma adaptação. As alterações cardíacas são uma das consequências mais importantes na gestação que se segue, no qual há sobrecarga fisiológica sobre o coração da mulher. Afinal, o aumento da circulação da gestante é necessário, para demandar nutrientes e oxigênio suficiente para a formação adequada de um novo ser, e ao mesmo tempo suprir as demandas do organismo da própria mãe⁽¹⁾.

Sendo assim, as variações hemodinâmicas que ocorrem no organismo materno levam a um aumento do volume sanguíneo, além do aumento do débito e da frequência cardíaca. Esse aumento na sobrecarga cardíaca aumenta o risco de complicações em gestantes cardiopatas, envolve todo o período periparto, parto e puerpério. Diante dessas várias alterações fisiológicas impostas sob a bomba cardíaca, fica evidente que a gestante portadora de cardiopatia terá um risco significativo de complicações diante da gestação⁽¹⁻²⁾.

Neste contexto, segundo a estratificação de risco da Linha Guia Rede Mãe Paranaense, gestantes com cardiopatias como condição clínica pré-existente são consideradas como gestantes de alto risco, estando, portanto, mais sujeitas a intercorrências durante a gestação, assim como durante o próprio momento do parto. Sendo assim, necessitam de um serviço especializado com equipes multidisciplinares, as quais estejam familiarizadas com gestações de alto risco durante a gestação até o momento do parto^(1,3).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia, as cardiopatias são consideradas como a maior causa de morte materna indireta no ciclo gravídico-puerperal, apesar da pequena incidência, 4,2% das gestações em todo país⁽⁴⁾. Neste contexto, destaca-se a importância de um atendimento especializado e multidisciplinar, em que a equipe de enfermagem tem papel importante, se não determinante⁽⁵⁾ na abordagem à gestante cardiopata⁽⁵⁾.

Dentre as principais etiologias de cardiopatias presentes na gestação, a doença reumática é a mais frequente, correspondendo a 50% dos casos de cardiopatias gestacionais. Apesar de menos frequentes, as cardiopatias congênitas, as cardiomiopatias, as arritmias, a doença arterial coronariana e a cardiomiopatia hipertrófica também aparecem como cardiopatias gestacionais^(2,6).

Portanto, este estudo tem como objetivo caracterizar as gestantes cardiopatas com alto risco gestacional, atendidas no setor secundário pela 3ª regional de saúde do Paraná.

● MÉTODO

Trata-se de estudo retrospectivo com abordagem quantitativa, que busca descrever as características de uma população, por meio da avaliação documental de variáveis desta população com ênfase numérica⁽⁷⁾.

Foram analisados indicadores de saúde de gestantes cardiopatas vindas de 11 municípios da região de Campos Gerais, que representa a 3ª regional de saúde do Paraná, atendidas no Ambulatório de Alto Risco Gestacional, setor secundário responsável pelo atendimento das gestantes consideradas de alto risco.

Os critérios de inclusão no estudo foram gestantes com cardiopatias que receberam atendimento no Ambulatório de Alto Risco Gestacional; e os critérios de exclusão gestantes atendidas no mesmo serviço, porém com outro risco gestacional que não fosse cardiopatias.

O banco de dados compreendeu o período de outubro de 2013 a junho de 2016, mediante os indicadores de saúde, em que foram selecionados 60 prontuários de gestantes com diagnóstico de cardiopatia que passaram pelo atendimento no Ambulatório de Alto Risco Gestacional. Durante a seleção

dos respectivos prontuários, entre julho e agosto de 2016, foram avaliadas as variáveis: diagnóstico cardíaco; idade; idade gestacional que apresentou na primeira consulta no ambulatório; cidade de origem; antecedentes obstétricos; número de consultas com a enfermeira obstetra do Ambulatório de Alto Risco Gestacional; raça; estado civil; escolaridade e demais fatores de risco associados à cardiopatia.

Os dados foram tabulados e organizados em planilhas do Microsoft Excel, empregando-se estatística descritiva com análise de frequência para verificar as características gerais da amostra e dos diferentes riscos. Foi utilizado para análise dos dados o software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 17.0.

O projeto foi aprovado sob número de parecer 1.055.927 expedido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa. O estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

● RESULTADOS

No que concernem às variáveis sociodemográficas encontradas nos prontuários, pôde-se perceber que 41 (68,3%) gestantes cardiopatas apresentaram idade entre 20 e 34 anos, bem como 11 (18,3%) delas com idade ≤ 19 anos, enquanto oito (13,3%) \geq a 35 anos. Sendo assim, evidenciou a média de idade da amostra de 26,4 anos.

Com relação ao estado civil, 32 (53,3%) gestantes eram casadas ou em união estável. Quanto ao trabalho formal (carteira assinada), os dados se apresentaram semelhantes à variável citada acima: 32 (53,3%) gestantes tinham trabalho informal, autônomo ou estavam desempregadas. Por sua vez, quanto à variável tempo de estudo, observou-se que 34 (56,67%) gestantes possuíam ensino fundamental completo.

Todavia, quanto à variável cidade de origem, a mais evidente foi a cidade de Castro, encaminhando 24 (40%) gestantes ao Ambulatório de Alto Risco Gestacional, seguida da cidade de Arapoti, com oito (13,33%) encaminhamentos, bem como a cidade de Carambeí com sete (11,67%) gestantes encaminhadas. Porém, outras cidades também foram observadas nos prontuários avaliados, com menor frequência, mas com a mesma relevância pelo alto risco gestacional como: Jaguariaíva, seis (10%) gestantes; Palmeira com cinco (8,33%); Sengés com três (5%), Piraí do Sul, Ivaí e São João do Triunfo, ambas com duas gestantes (1,67%); e Ipiranga com apenas uma (1,67%) gestante encaminhada. Por fim, foi caracterizada a variável raça das gestantes, na qual constatou-se que a grande maioria, 51 % (85%) delas, era de raça branca, enquanto que sete (11,67%) eram de raça parda e apenas duas (3,33%) delas eram de raça negra. Cabe salientar que todos os dados descritos se encontram na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sócio demográficas das gestantes cardiopatas. Ponta Grossa, PR, Brasil, 2016. (continua)

Variáveis	N	%
Idade da Gestante		
≤ 19anos	11	18,33
20 - 34 anos	41	68,33
≥ 35 anos	08	13,33
Estado Civil		
Casada	32	53,33
Solteira	28	46,67
Trabalho com carteira assinada		
Não possui	32	53,33
Possui	28	46,67

Escolaridade		
Ensino Fundamental	34	56,67
Ensino Médio	20	33,33
Ensino Superior	06	10
Cidade de Origem		
Castro	24	40
Arapoti	08	13,33
Carambeí	07	11,67
Outras	21	35
Raça		
Branca	51	85
Negra	02	03,33
Parda	07	11,67
Total	60	100

Fonte: Indicadores de Saúde do Ambulatório de Alto Risco, Projeto CEPP. UEPG

Além das características socioeconômicas, também foram identificadas as características relacionadas com o perfil obstétrico. Quanto à idade gestacional em que as gestantes apareceram pela primeira vez no Ambulatório de Alto Risco Gestacional, cinco (8,33%) estavam no 1º trimestre gestacional.

Com relação ao número de consultas de pré-natal de alto risco no Ambulatório de Alto Risco Gestacional com enfermeira obstetra, além da consulta médica especializada, evidenciou-se que 12 (20%) gestantes compareceram a 6 consultas. Em menor frequência, o estudo constatou que sete (11,6%) gestantes realizaram 1 consulta. Quanto ao número de gestações, 35 (58,33%) gestantes eram multigestas.

Pôde-se identificar se as gestantes cardiopatas do estudo apresentavam algum fator de risco relacionado com a cardiopatia presente. Desta forma, evidenciou-se que 32 (53,33%) gestantes não apresentavam qualquer fator de risco relacionado, e nove (15,02%) apresentaram a Hipertensão Arterial Sistêmica associada a outro fator de risco, como: a obesidade, a pré-eclâmpsia, o sobrepeso, o tabagismo e o diabetes mellitus.

Todavia, outros fatores de relevância nas gestantes, porém de pouca frequência no estudo, foram: três (5%) delas com sobrepeso, três (5%) com obesidade, duas (3,3%) tabagistas, uma (1,6%) com obesidade associada ao tabagismo, bem como uma (1,6%) com eclâmpsia como fator de risco e outra (1,6%) com doença vascular como fator de risco associado à cardiopatia. A Tabela 2 abaixo demonstra o perfil obstétrico descrito acima.

Tabela 2 – Características gestacionais detectadas no pré-natal. Ponta Grossa, PR, Brasil, 2016. (continua)

Variáveis	Nº de Gestantes	%
Idade Gestacional		
1º Trimestre	05	08,33
2º Trimestre	33	55
3º Trimestre	22	36,67
Nº de Consultas		
>6 consultas	05	08,33
6 consultas	12	20
5 consultas	10	16,67
4 consultas	05	08,33
3 consultas	12	20

2 consultas	09	15
1 consulta	07	11,67
História Obstétrica		
Primigesta	25	41,67
Multigesta	35	58,39
Fator de Risco Cardiovascular		
Não possui	32	53,33
Hipertensão Arterial	06	10
Hipertensão Arterial associada	09	15
Outras	13	21,68
Total	60	100

Fonte: Indicadores de Saúde do Ambulatório de Alto Risco, Projeto CEPP. UEPG

Cabe ressaltar que, a partir da avaliação dos 60 prontuários do estudo, uma porcentagem significativa de gestantes cardiopatas apresentou algum tipo de arritmia cardíaca, 17 (28,3%) delas, sendo que as arritmias que mais apareceram nos prontuários foram: bradicardia sinusal e a taquicardia sinusal, sendo esta última a principal arritmia presente, Tabela 3.

Tabela 3 – Principais cardiopatias gestacionais. Ponta Grossa, PR, Brasil, 2016

Cardiopatias	nº de Gestantes	%
Arritmia Cardíaca	17	28,30
Sopro Cardíaco	09	15
Prolapso de Valva Mitral	07	11,67
Miocardiopatia Hipertrófica	07	11,67
Insuficiência de Valva Mitral	03	5
Comunicação Interventricular	02	3,33
Doença Reumática	02	3,33
Dilatação de Átrios	02	3,33
Outros	11	18,33
Total	60	100

Fonte: Indicadores de Saúde do Ambulatório de Alto Risco, Projeto CEPP. UEPG

Além das principais cardiopatias gestacionais citadas na Tabela 3, outros diagnósticos cardíacos foram encontrados nos prontuários das gestantes, porém em menor frequência, totalizando 11 (18,3%). Destaca-se o aneurisma de septo interventricular, a insuficiência aórtica associada com a estenose aórtica, a insuficiência congênita de valva aórtica, a insuficiência de valva tricúspide associada à estenose mitral, a insuficiência de valva mitral associada à estenose, a miocardiopatia isquêmica, a persistência de canal atrial, a sobrecarga ventricular esquerda e a valvulopatia mitral apareceram uma única vez nos prontuários, representando uma porcentagem de 1,6% cada.

● DISCUSSÃO

Em relação às variáveis sociodemográficas, pôde-se constatar que houve um predomínio de mulheres em idade fértil, entre 20 e 34 anos de idade, estando, assim, dentro da idade preconizada pelo Ministério da Saúde⁽⁸⁾ e, portanto, não se enquadram em uma faixa etária considerada de risco, como aquelas menores de 18 anos e acima de 35 anos. Estudo⁽²⁾ que objetivou avaliar a qualidade de vida de 42 gestantes cardiopatas, evidenciou a faixa etária predominante entre 22 e 36 anos de idade.

No que diz respeito ao estado civil das gestantes analisadas neste estudo, 32 (53,3%) eram casadas ou em união estável. Pesquisa⁽⁹⁾ realizada no Paraná apontou que 52,5% das gestantes estratificadas como pré-natal de alto risco eram casadas. Sabe-se que o estado civil é um aspecto importante a ser considerado, pois a presença de um companheiro traz à gestante vantagem psicológica, no sentido de apoio e segurança emocional, além da base financeira da família ser menos comprometida com a chegada do bebê⁽¹⁰⁾.

Quanto à variável trabalho com carteira assinada, evidenciou-se que as gestantes não possuíam trabalho com carteira assinada. Diante disso, estudo⁽²⁾ constatou que 54,8% das gestantes possuíam uma atividade profissional formal, porém 26,2% delas encontravam-se afastadas da profissão, mostrando que os dados referentes às gestantes sem um vínculo empregatício possuem certa semelhança. Nesse contexto socioeconômico, ressalta-se a dependência econômica familiar que acabam por interferir não só na qualidade de vida que esta mãe poderá ofertar para o filho, mas também a condição da qualidade de vida da própria gestante cardiopata⁽²⁾.

No que concerne à escolaridade das gestantes deste estudo, o ensino fundamental apareceu em 34 (56,67%) prontuários avaliados. Destaca-se estudo realizado em Santa Catarina que objetivou avaliar o perfil das gestantes de alto risco atendidas em um centro obstétrico do estado, apontando que 48,4% das gestantes possuíam o ensino fundamental completo ou incompleto, mostrando uma alta taxa de gestantes com poucos anos de escolaridade nos dois estudos. Pode-se refletir que a baixa escolaridade das gestantes pode estar associada ao índice de gestantes sem trabalho com carteira assinada como apontado anteriormente⁽¹¹⁾.

Outro fato importante a ser considerado com relação à escolaridade é que o baixo nível de escolaridade pode ser considerado um fator de risco para a saúde, já que o menor acesso à informação limita o entendimento com relação aos cuidados à saúde, nesse caso, especificamente, relacionados com a cardiopatia gestacional⁽⁸⁾.

Na variável raça, o estudo mostrou a predominância da raça branca na amostra. Esses dados também condizem com outro estudo⁽⁹⁾, demonstrando uma porcentagem de 62,3% de gestantes de raça branca na amostra do estudo. De acordo com a Linha Guia, a raça negra tem maior fator de risco gestacional se comparado com a raça caucasiana ou branca⁽³⁾. Cabe salientar que o predomínio da raça branca pode estar relacionado com a colonização europeia predominante na região sul do estado do Paraná⁽¹²⁾.

Quanto às características gestacionais, ou seja, o perfil obstétrico da amostra, quanto à variável primeira consulta no Ambulatório de Alto Risco Gestacional, evidenciou-se que foi no 2º trimestre gestacional em que apareceram mais gestantes. Porém, o 3º trimestre gestacional apareceu em segundo lugar e em último o 1º trimestre gestacional. Estes dados condizem com os dados de um estudo⁽¹⁾ realizado em Fortaleza, em que a maior parcela de gestantes do estudo, 43,8% (n=32), deu início ao pré-natal no 2º trimestre gestacional.

O pré-natal tem como objetivo acompanhar as condições de saúde da gestante e do feto. Sendo assim, é de suma importância que as gestantes iniciem seu pré-natal assim que tiverem a gravidez confirmada ou antes de completarem os três primeiros meses de gestação (1º trimestre), conforme preconiza os 10 passos para um pré-natal de qualidade na Atenção Básica por meio da captação precoce⁽¹³⁾.

O Ministério da Saúde⁽¹³⁾ reforça a necessidade de captação precoce da gestante, visando acolher a mulher desde o início da gravidez para assegurar o nascimento de uma criança saudável e garantir o bem-estar materno e neonatal.

Estudo⁽¹⁴⁾ revela que 60% das gestantes iniciam o pré-natal tardiamente, após a 12^a semana gestacional, apesar de o país disponibilizar atendimento praticamente integral. O estudo ainda aponta que cerca de um quarto dessas gestantes não comparecem ao número mínimo de 6 consultas recomendado pelo Ministério da Saúde.

Desta forma, pode-se destacar que os resultados encontrados podem ser explicados pela demora da gestante em procurar o serviço primário de saúde para iniciar o pré-natal, pois quando é diagnosticada a cardiopatia e, portanto, elevando o risco gestacional, a atenção primária estratifica e a encaminha para o serviço secundário.

Quanto ao número de consultas de enfermagem no Ambulatório de Alto Risco Gestacional, parcela idêntica de gestantes realizaram de 3 e 6 consultas, respectivamente. De acordo com a Linha Guia Rede Mãe Paranaense, a gestante necessita realizar no mínimo 7 consultas durante todo o pré-natal, mostrando que a frequência com que as gestantes compareceram as consultas no Ambulatório de Alto Risco Gestacional encontra-se abaixo daquela que é preconizada⁽³⁾.

A baixa adesão às consultas de enfermagem pode ser explicada pelo fato do pré-natal acontecer na atenção secundária, na qual com a estabilização da condição clínica pela cardiopatia a gestante retorna ao risco intermediário, prosseguindo até o final da gestação, não retornando mais ao atendimento no Ambulatório de Alto Risco Gestacional.

Destaca-se a importância da assistência de enfermagem durante a consulta de enfermagem no pré-natal de alto risco, em que o enfermeiro deve dar ênfase à prevenção de complicações, tanto maternas quanto fetais, motivar a gestante ao autocuidado, promovendo sempre a educação em saúde para esclarecer suas principais dúvidas e orientá-las⁽⁵⁾. Contudo, ainda salienta-se a importância do profissional enfermeiro quanto à assistência prestada à comunidade para a melhoria da qualidade de vida, a partir de boas práticas de cuidar⁽²⁾.

Todavia, as gestantes multigestas da amostra ultrapassaram as primigestas. Em um estudo evidenciaram-se semelhança nos dados, no qual 33 (78,9%) gestantes cardiopatas também eram multigestas⁽²⁾. Evidenciou-se, assim, que o fator risco cardiopatia não foi determinante no planejamento reprodutivo/familiar das mulheres. Já quanto aos fatores de risco relacionados com a cardiopatia, verificou-se no estudo que a maioria das gestantes não apresentava qualquer fator de risco cardiovascular. Porém, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apareceu como principal fator de risco associado à cardiopatia, sendo que, primeiramente, a HAS aparece associada com outros fatores como a obesidade, o sobrepeso, o diabetes e o tabagismo, e na sequência a HAS aparece isoladamente como único fator de risco associado à cardiopatia.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, as gestantes com cardiopatias atreladas à Hipertensão Arterial Sistêmica são consideradas precursoras de complicações maternas, principalmente naquelas gestantes que já apresentam cardiopatia, sendo necessário um tratamento e acompanhamento especial para se evitar que hajam complicações cardíacas, devido às alterações na pressão arterial⁽⁴⁾.

Além da Hipertensão Arterial Sistêmica, outros fatores de risco cardiovasculares apareceram sozinhos ou associados à HAS, sendo a obesidade ou o sobrepeso os mais comuns no estudo, mostrando uma alta taxa de gestantes que estão acima do peso. Nesta perspectiva, um estudo abordou a influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo nutricional energético sobre o crescimento fetal em gestantes de alto risco, no qual evidenciou a existência da associação entre o estado nutricional materno e a existência de anormalidades no crescimento fetal⁽¹⁵⁾.

Assim, os neonatos de mães com diagnóstico de HAS estavam predispostos a serem neonatos Pequenos para Idade Gestacional (PIG), e os neonatos de mãe que apresentaram obesidade estavam predispostos a serem neonatos Grandes para Idade Gestacional (GIG). Desta forma, destaca-se a importância do Pré-Natal e a educação em saúde no decorrer da gestação, com atuação direta de profissionais enfermeiros⁽¹⁵⁾.

Por sua vez, com relação ao diagnóstico cardíaco, a arritmia cardíaca apareceu como principal diagnóstico entre as gestantes. Destaca-se que, as arritmias cardíacas podem induzir ao parto cesárea em 85,7% dos casos de gestantes cardiopatas, sendo que esta alta taxa das cesáreas também prevalece nas demais cardiopatias⁽¹⁾.

Conforme a Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia,⁽⁴⁾ as alterações fisiológicas e hormonais que ocorrem naturalmente na gravidez acabam favorecendo o aparecimento dessas arritmias. A maioria das arritmias é benigna; porém, em 6% dos casos elas podem apresentar complicações, elevando as chances de eventos adversos tanto maternos, como o Acidente Vascular Encefálico, quanto fetais, como a Prematuridade⁽⁴⁾.

Em seguida, o sopro cardíaco apareceu como segundo diagnóstico cardíaco mais frequente na amostra. Cabe salientar que o sopro cardíaco se caracteriza por um som extra que ocorre como resultado na turbulência do fluxo sanguíneo, capaz de gerar uma vibração de intensidade suficiente para ser detectada na ausculta cardíaca, principalmente em pacientes que possuem alterações cardíacas congênitas como aquelas que levam a uma estrutura valvular anormal, hipertrofia ou dilatação na cavidade cardíaca e regurgitação do fluxo sanguíneo em válvulas incompetentes⁽¹⁶⁾.

Por sua vez, o prolapso de valva mitral foi o diagnóstico cardíaco que apareceu em terceiro lugar na amostra, no qual é o deslocamento dos folhetos cardíacos para dentro do átrio esquerdo do coração, podendo ter transmissão familiar⁽⁴⁾. Cabe destacar a miocardiopatia hipertrófica, a qual também foi frequente no estudo, sendo esta uma doença hereditária, caracterizada pela hipertrofia ou dilatação das células musculares do ventrículo esquerdo. A maioria das mulheres com cardiopatias apresenta bom prognóstico durante a gestação, porém complicações podem ocorrer⁽⁴⁾.

Sendo assim, as principais complicações obstétricas que as cardiopatias associadas à gestação podem acarretar seriam: o sangramento transvaginal e hematoma de parede abdominal. Já as complicações clínicas mais comuns são: a infecção de sítios extrauterinos, como as vias aéreas; o edema agudo de pulmão; o choque cardiogênico; o tromboembolismo pulmonar; a endocardite infecciosa; a oclusão arterial aguda; e, em menor frequência, a morte materna⁽¹⁾.

Ressalta-se a importância da assistência de Enfermagem no pré-natal de alto risco, tanto no contexto ambulatorial como hospitalar, já que o papel do profissional enfermeiro é o de educador, além de promover os cuidados, realizar processo de enfermagem e avaliar os resultados dos mesmos⁽⁵⁾. Das gestantes, (90%) recebem as principais orientações durante o pré-natal de alto risco justamente do enfermeiro⁽¹⁴⁾.

Destaca-se, ainda, a atuação do enfermeiro na atenção primária em saúde, fornecendo toda a assistência necessária à gestante, promovendo educação em saúde, atuando na estratificação de risco, fornecendo assistência humanizada e exigindo o mesmo do restante da equipe multiprofissional⁽¹⁷⁾.

Este estudo possui limitação, visto que os resultados encontrados limitam algumas comparações de fatores para gestantes cardiopatas entre as diferentes regiões do país, pois as pesquisas recentes, abordando obstetrícia de alto risco, concentram-se no norte e nordeste do país.

● CONCLUSÃO

Por meio da análise dos dados obtidos neste estudo pode-se concluir que as gestantes cardiopatas avaliadas apresentaram arritmia cardíaca como principal diagnóstico cardíaco presente na gestação, sendo este um diagnóstico gestacional importante a partir do momento em que se entende que as arritmias aumentam os índices de cesáreas entre as gestantes com tal diagnóstico.

Finalmente, deve-se salientar a importância do profissional enfermeiro, como integrante da equipe multiprofissional diante do pré-natal, na atenção primária, secundária e terciária, sendo este proativo no cuidado baseado em evidências, processo de enfermagem na educação em saúde no que concerne a gestação, seja ela de risco habitual, intermediário ou alto risco. Entretanto, é importante realçar a necessidade de novos estudos a respeito da gestação em mulheres cardiopatas, assim como da atuação do profissional de enfermagem na atenção ao pré-natal de alto risco.

● REFERÊNCIAS

1. Cavalcante MS, Guanabara EM, de Nadai CP. Complicações Maternas Associadas à Via de Parto em Gestantes Cardiopatas em um Hospital Terciário de Fortaleza, CE. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet] 2012;34(3) [acesso em 10 jun 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000300004>.
2. Meneguim S, Xavier CL. Qualidade de Vida em Gestantes com Cardiopatia. Texto contexto - enfermagem. [Internet] 2013;22(3) [acesso em 10 jun 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300030>.
3. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA). Linha Guia - Rede Mãe Paranaense. [Internet] Paraná: SESA; 2015 [acesso em 22 jul 2015]. Disponível: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia(SBC). Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]2009;93(6) [acesso em 12 de jun 2015]. Disponível: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_card_grav_9306supl1.pdf.
5. Luciano MP, Silva EF, Cecchetto FH. Orientações de Enfermagem na Gestação de Alto Risco: Percepção e Perfil de Gestantes. *Rev. enferm. UFPE online.* [Internet] 2011;5(5) [acesso em 15 out 2016]. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6855>.
6. Lage EM, Barbosa AS. Cardiopatias e Gravidez. *Rev. Contemp.Ginecol. Obstet. Fem.* [Internet] 2012;40(1) [acesso em 10 jun 2015]. Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n1/a3079.pdf>.
7. Fontelles MJ, Simões MG, Farias SH, Fontelles RGS. Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa. *Rev. Para. Med.* [Internet] 2009;23(3) [acesso em 20 out 2016]. Disponível: <https://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Gestação de Alto Risco(Manual Técnico). [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 20 ago 2015]. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf.
9. Costa LD, Cura CC, Perondi AR, França VF, Bortoloti DS. Perfil Epidemiológico de Gestantes de Alto Risco. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2016;21(2) [acesso em 5 out 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.44192>.
10. Anjos JCS, Pereira RR, Ferreira PRC, Mesquita TBP, Picanço Júnior OM. Perfil Epidemiológico das Gestantes Atendidas em um Centro de Referência em Pré-Natal de Alto Risco. *Rev. Para. Med.* [Internet] 2014;28(2) [acesso em 3 set 2016]. Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n2/a4264.pdf>.
11. da Silva MS, Rosa MRPQ. Perfil de Gestantes de Alto Risco Atendidas em um Centro Obstétrico de Santa Catarina. *Rev. Inter.* [Internet]2014;7(2) [acesso em 3 set 2016]. Disponível: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/394/pdf_118.
12. Wachowicz, RC. História do Paraná. 10ª ed. Ponta Grossa: Editora UEPG; 2010.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Atenção Básica. Atenção aopré-natal de baixo risco (Cadernos de Atenção Básica; 32). [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 20 ago 2015]. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
14. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, da Gama SGN, Theme Filha MM, da Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública.*[Internet] 2014;30(Supp1 1) [acesso em 21 ago 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.
15. Nomura RMY, Paiva LV, Costa VN, Liao AW, Zugaib M. Influência do Estado Nutricional Materno, Ganho de Peso e Consumo Energético sobre o Crescimento Fetal, em Gestação de Alto Risco. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]2012;34(3) [acesso em 3 set 2016]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n3/a03v34n3.pdf>.
16. Oliveira R, Martins L, Andrade H, Pires A, Castela E. Sopro Cardíaco Pediátrico: Estudo de Série de Casos. *Rev. Port. Med. Geral Fam.* [Internet] 2013;29(6) [acesso em 5 de out de 2016]. Disponível: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732013000600008.
17. Souza BC, Bernardo ARC, Santana LS. O Papel do Enfermeiro no Pré-Natal Realizado no Programa da Saúde da Família- PSF. *Interfaces Científicas, Saúde e Ambiente.* [Internet] 2013;2(1) [acesso em 5 out 2016]. Disponível: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/796/525>.