

Estado funcional em grávidas com hipertensão arterial induzida pela gravidez

Helena Sofia Duarte¹; Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes²

RESUMO

As síndromes hipertensivas da gravidez são a principal causa de morbimortalidade materno-fetal no mundo, originando alterações nos hábitos de vida da grávida e com possíveis repercussões no estado funcional. O presente estudo descritivo-correlacional pretende descrever o estado funcional em grávidas com e sem hipertensão arterial induzida pela gravidez, analisar a associação entre fatores de natureza sociodemográficas, obstétrica, estado funcional em grávidas com e sem hipertensão arterial induzida pela gravidez e comparar o estado funcional em grávidas com e sem hipertensão arterial induzida pela gravidez. A amostra não probabilística, acidental é constituída por 100 grávidas, sendo 50 com hipertensão arterial induzida pela gravidez. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário com dados sociodemográficos e obstétricos e a escala de COOP – Grávidas. Nas grávidas as dimensões que tendem a um melhor estado funcional são a hábitos de saúde, saúde mental, qualidade de vida e preparação. Das variáveis sociodemográficas, apenas as habilitações académicas apresentam diferenças estatisticamente significativas nas dimensões saúde mental e preparação, enquanto nas obstétricas, na paridade existiu na dimensão apoio social e na idade gestacional na dimensão bem-estar físico.

Palavras-chave: Estado Funcional, Gravidez e Hipertensão Arterial Induzida pela Gravidez.

ABSTRACT

Hypertensive disorders of pregnancy are a leading cause of maternal-fetal morbidity and mortality worldwide, causing changes in lifestyle and pregnant with potential impact on functional status. This descriptive correlational study aims to describe the functional status in pregnant women with and without pregnancy-induced hypertension, examining the association between sociodemographic factors nature, obstetric, functional status in pregnant women with and without pregnancy-induced hypertension and to compare the functional status in pregnant women with and without pregnancy-induced hypertension. The non-probabilistic random sample consists of 100 pregnant women, 50 with pregnancy-induced hypertension. Pregnant - To collect data, a questionnaire with sociodemographic and obstetric data and COOP scale was used. In pregnant dimensions that tend to a better functional status are the habits of health, mental health, quality of life and preparation. Sociodemographic variables, only the academic qualifications have statistically significant differences in mental health dimensions and preparation, while in obstetric, parity existed in the dimension social support and gestational age in the dimension physical well-being.

Keywords: Functional Status, Pregnancy and Pregnancy-Induced Hypertension.

RESUMEN

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una de las causas de morbilidad materno-fetal y mortalidad en todo el mundo llevando, provocando cambios en el estilo de vida y embarazada con impacto potencial sobre el estado funcional. Este estudio descriptivo correlacional fue describir el es-

tado funcional en mujeres embarazadas con y sin hipertensión inducida por el embarazo, para analizar la asociación entre los factores sociodemográficos naturaleza, situación obstétrica, funcional en mujeres embarazadas con y sin hipertensión inducida por el embarazo y comparar el estado funcional en las mujeres embarazadas con y sin hipertensión inducida por el embarazo. La muestra aleatoria no probabilística consta de 100 mujeres embarazadas, 50 con hipertensión inducida por el embarazo. Se utilizó para recopilar datos de un cuestionario con datos sociodemográficos y obstétricos y la escala de COOP - embarazada. En dimensiones embarazadas que tienden a un mejor estado funcional son los hábitos de salud, salud mental, la calidad de vida y la preparación. De las variables sociodemográficas, sólo los títulos académicos tienen diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de salud mental y la preparación, mientras que en obstetricia, existía la paridad en la dimensión de apoyo social y la edad gestacional en la dimensión de bienestar físico.

Palabras clave: Estado Funcional, Embarazo e Hipertensión Inducida por el Embarazo.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial induzida pela gravidez (HTAIG) é uma das causas mais comuns de complicações maternas e fetais determinando alterações nos hábitos de vida e submetendo a grávida a uma vigilância rigorosa até ao parto, com possíveis repercussões no estado funcional (EF) (Pascoal, 2002; Peraçoli e Parpinelli, 2005; Graça, 2010).

A “doença hipertensiva específica da gestação caracteriza-se pela presença de hipertensão arterial, edema e/ou proteinúria a partir da 20ª semana de gestação, em grávidas previamente normotensas” (Hughes *apud* Zugaib, 2008, p.600).

A HTAIG é uma das doenças de hipertensão arterial na gestação, onde consta a pré-eclâmpsia moderada e grave (National High Blood Pressure Education Working Group *apud* Graça, 2010).

As complicações mais frequentes associadas à HTAIG são o descolamento prematuro da placenta normalmente inserida, o edema pulmonar, a hemorragia cerebral e a insuficiência renal aguda. As perinatais são a restrição do crescimento intra-uterino e o parto prematuro (Neme *apud* Aguiar *et al*, 2010).

A qualidade de vida relacionada com a saúde, muitas vezes é designada por EF de saúde porque é considerada um dos seus domínios. Para Scholten e Van Weel o “estado funcional de saúde é a capacidade que uma pessoa tem de realizar e participar nas suas atividades sociais e do dia-a-dia, e de se adaptar às restrições ambientais; é medido subjetivo e objetivamente num determinado período de tempo” (*apud* Mendes 1994, p.197).

No âmbito da adaptação do organismo materno à gravidez surgem alterações e em sua consequência o apareci-

¹ Enfermeira Especialista em SMO. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Mestre em Enfermagem SMO. Email: leninhaduarte@iol.pt.

² Enfermeira Especialista em SMO. Professora Doutora Cordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Email: isabelmendes@esenfc.pt.

mento de complicações como é o caso da hipertensão arterial na gravidez que levam a transições, que podem originar uma crise. Esta mudança faz com que a grávida tenha de alterar o seu dia a dia e adaptar-se de forma a apresentar capacidade para ultrapassar esta transição de desenvolvimento e de doença com a ajuda do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO).

Decorrentes desta problemática o estudo do EF da grávida com e sem HTAIG é importante para promover uma gravidez equilibrada, de forma a impedir ou atenuar o aparecimento de complicações e promovendo o EF.

METODOLOGIA

Este estudo enquadra-se na investigação quantitativa, não experimental, sendo um estudo transversal do tipo descritivo-correlacional. Pretende-se atingir os seguintes objetivos: descrever o EF em grávidas com e sem HTAIG; analisar a associação entre fatores de natureza sociodemográficas, obstétrica, EF em grávidas com e sem HTAIG; comparar o EF em grávidas com e sem HTAIG. As questões de investigação que decorreram dos objetivos são: Qual o EF em mulheres grávidas com HTAIG? Será que existem diferenças no EF entre mulheres grávidas com HTAIG e sem patologia diagnosticada? Em que medida as variáveis sociodemográficas influenciam o EF das mulheres grávidas com HTAIG e sem patologia diagnosticada? Em que medida as variáveis obstétricas influenciam o EF das mulheres grávidas com HTAIG e sem patologia diagnosticada?

A amostra é não probabilística do tipo acidental e é proveniente da população de grávidas seguidas no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra com HTAIG e sem patologia. As participantes obedeceram a alguns critérios de inclusão na amostra: sem antecedentes de HTAIG; idade gestacional superior ou igual a 20 semanas. Relativamente ao critério de exclusão é não saber ler nem escrever em língua portuguesa. No que concerne ao número de participantes, foi constituída por 100 grávidas, sendo 50 com HTAIG.

Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram um questionário com os dados sociodemográficos e obstétricos e a escala de COOP – Grávidas. O questionário abrange as variáveis independentes (idade; habilitações académicas; situação profissional; situação clínica; paridade; idade gestacional). A escala de COOP – Grávidas foi desenvolvida em 1991 por investigadores da Faculdade de Medicina de Dartmouth nos Estados Unidos da América e, traduzida e adaptada para português em 1993 pelo Sr. Professor Doutor Pedro Ferreira. Este instrumento contém a variável dependente (EF) e tem como objetivo medir o EF da grávida. É composta por 6 dimensões: bem-estar físico; saúde mental; apoio social; hábitos de saúde; preparação; qualidade de vida. Cada questão é pontuada de 1 a 5, em que 1 é o melhor estado de saúde e 5 o pior, correspondendo à média da pontuação dos itens em cada dimensão (Ferreira *apud* Mendes, 1994).

O tratamento de toda a informação recolhida foi realizado por computador através do programa Statistical Package

for Social Sciences e, de acordo com as suas características, recorreu-se à estatística descritiva.

RESULTADOS

Neste capítulo apresenta-se inicialmente as características sociodemográficas e obstétricas da amostra e posteriormente dar-se-á resposta às questões de investigação.

No Quadro 1 verifica-se que a idade das grávidas varia entre os 24 e 40 anos, com média de 31,18 anos, desvio padrão de 4,09 e apresenta a maior percentagem (64,0%) no grupo etário entre 27 – 35 anos. Quanto às habilitações académicas, a maioria possui o ensino superior, 60,0% e no que se refere à situação profissional, a maioria estão empregadas 86,0%. Quanto ao estado civil, a maioria são casadas, 74,0% e relativamente ao agregado familiar, a maioria é constituída por marido/companheiro e filhos com 88,0% e 10% encontram-se sozinhas.

As características obstétricas são a paridade e a idade gestacional. Quanto à paridade, a maioria das grávidas são primigestas, apresentando 62,0%. Em relação à idade gestacional, as grávidas encontram-se maioritariamente no 3º trimestre, apresentado uma percentagem de 54,0%.

QUADRO 1 – Características sociodemográficas e obstétricas

Variáveis	N (50)	%
Idade		
18 – 26	7	14,0
27 – 35	32	64,0
36 – 43	11	22,0
Habilitações Académicas		
Ensino Básico	3	6,0
Ensino Secundário	17	34,0
Ensino Superior	30	60,0
Situação Profissional		
Empregada	43	86,0
Desempregada	7	14,0
Estado Civil		
Solteira	8	16,0
Casada	37	74,0
Divorciada	1	2,0
União Facto	4	8,0
Agregado Familiar		
Sozinha	5	10,0
Com marido/companheiro e filhos	44	88,0
Com pais/sogros	1	2,0
Outro	0	0,0
Paridade		
Nulíparas	31	62,0
Primíparas/Multíparas	19	38,0
Idade Gestacional		
2º Trimestre	23	46,0
3º Trimestre	27	54,0

Os resultados que constituem o Quadro 2 permitem-nos conhecer o EF das grávidas. Apresenta o valor de média mais baixo (1,47) na dimensão hábitos de saúde, o que indica que apresenta uma melhor avaliação do EF e pior (2,29) na dimensão bem-estar físico por apresentar um valor de média mais alto. A dimensão que segue à de hábitos de saúde é a saúde mental com melhor avaliação do EF com valor de média de 1,88.

QUADRO 2 – Análise descritiva do EF

Estado Funcional		Média	S
Dimensões	Questões		
Bem-estar físico	Actividades Diárias	2,08	0,87
	Dor/mal-estar	2,50	0,76
	Total	2,29	0,66
Saúde Mental	Stress	1,84	0,93
	Sentimentos	2,06	0,79
	Estado Emocional	1,72	0,90
	Amor Próprio	1,90	0,79
	Total	1,88	0,68
Apoio Social	Apoio Social	2,14	0,86
	Total	2,14	0,86
Hábitos de Saúde	Hábitos de Saúde I	1,18	0,72
	Hábitos de Saúde II	1,76	0,62
	Total	1,47	0,54
Preparação	Preparação	2,16	0,77
	Total	2,16	0,77
Qualidade de Vida	Qualidade de Vida	2,28	0,64
	Total	2,28	0,64

No Quadro 3 podemos verificar o coeficiente de correlação Ró de Spearman, que foi utilizado para medir a intensidade da associação entre o EF das grávidas, tendo sido encontradas associações entre as várias dimensões do EF: saúde mental – bem-estar físico ($p=0,027$); hábitos de saúde – saúde mental ($p=0,005$); preparação – saúde mental ($p=0,003$); qualidade de vida – saúde mental ($p=0,003$); qualidade de vida – hábitos de saúde ($p=0,042$); qualidade de vida – preparação ($p=0,001$).

Existe coeficiente de correlação negativo entre as dimensões hábitos de saúde e bem-estar físico ($Ró = -0,044$) e as dimensões de qualidade de vida e apoio social ($Ró = -0,094$), ou seja, quando uma dimensão aumenta a outra diminui porque variam em sentido contrário. Por exemplo, se a dimensão bem-estar físico aumenta, a dimensão hábitos de saúde diminui.

Todas as dimensões em relação a si mesmas obtêm um coeficiente de correlação 1,000, isto é, uma associação linear

perfeita positiva. Com as associações lineares pode-se referir que as grávidas que apresentam melhor saúde mental, qualidade de vida, hábitos de saúde e preparação estabelecem um EF melhor porque apresentam associações lineares em maior número.

QUADRO 3 – Correlação das dimensões do EF

Dimensões do Estado Funcional		Bem-estar Físico	Saúde Mental	Apoio Social	Hábitos de Saúde	Preparação	Qualidade de Vida
Bem-estar Físico	Ró p	1,000					
Saúde Mental	Ró p	0,313 0,027	1,000				
Apoio Social	Ró p	0,031 0,829	0,142 0,327	1,000			
Hábitos de Saúde	Ró p	-0,044 0,760	0,389 0,005	0,173 0,229	1,000		
Preparação	Ró p	0,036 0,803	0,412 0,003	0,160 0,267	0,200 0,163	1,000	
Qualidade de Vida	Ró p	0,117 0,419	0,414 0,003	-0,094 0,516	0,289 0,042	0,460 0,001	1,000

Para verificar se a idade das grávidas e as habilitações académicas influenciavam o EF, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. No Quadro 4 verifica-se que na idade das grávidas não existe diferença estatisticamente significativa entre os valores médios das várias dimensões do estado funcional. As médias variam de 1,29 na dimensão hábitos de saúde a 2,00 nas dimensões bem-estar físico, saúde mental e qualidade de vida no grupo etário 18-26 anos, de 1,48 na dimensão hábitos de saúde a 2,41 na dimensão bem-estar físico no grupo etário 27-35 anos e de 1,55 na dimensão hábitos de saúde a 2,45 nas dimensões preparação e qualidade de vida no grupo etário 36-43 anos. O nível de significância varia de $p=0,108$ na dimensão saúde mental a $p=0,630$ na dimensão apoio social.

QUADRO 4 – Relação entre o EF e a idade das grávidas

Dimensões Estado Funcional	Idade						p
	18-26 (n =12)		27-35 (n =33)		36-43 (n =5)		
	Média	S	Média	S	Média	S	
Bem-estar Físico	2,00	0,58	2,41	0,72	2,14	0,45	0,291
Saúde Mental	2,00	0,82	2,09	0,82	2,36	1,03	0,108
Apoio Social	1,57	0,24	1,87	0,74	2,11	0,62	0,630
Hábitos de Saúde	1,29	0,27	1,48	0,62	1,55	0,42	0,388
Preparação	1,86	0,69	2,13	0,79	2,45	0,69	0,283
Qualidade de Vida	2,00	0,00	2,28	0,73	2,45	0,52	0,174

No Quadro 5 apresentam-se as médias e desvios padrão das dimensões do EF relacionadas com as habilitações académicas, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios da dimensão saúde mental (X quadrado = 8,338 e $p=0,015$) e da dimensão preparação (X quadrado = 7,287 e $p=0,026$). Os valores da média no Ensino Básico variam de 1,50 na dimensão hábitos de saúde a 3,17 na dimensão bem-estar físico, no Ensino Secun-

dário variam de 1,32 na dimensão hábitos de saúde a 2,23 na dimensão qualidade de vida e no Ensino Superior variam de 1,55 na dimensão hábitos de saúde a 2,40 na dimensão preparação. O nível de significância varia de $p=0,015$ na dimensão saúde mental a $p=0,710$ na dimensão apoio social.

QUADRO 5 – Relação entre o EF e as habilitações académicas

Dimensões Estado Funcional	Habilitações Acadêmicas						p
	Ensino Básico (n =3)		Ensino Secundário GHTAIG (n =17)		Ensino Superior (n =30)		
	Média	S	Média	S	Média	S	
Bem-estar Físico	3,17	1,44	2,18	0,64	2,27	0,54	0,387
Saúde Mental	2,25	0,25	1,58	0,54	2,02	0,72	0,015
Apoio Social	2,00	1,00	2,06	0,97	2,20	0,81	0,790
Hábitos de Saúde	1,50	0,50	1,32	0,30	1,55	0,63	0,462
Preparação	1,67	1,15	1,82	0,64	2,40	0,72	0,026
Qualidade de Vida	2,00	1,00	2,23	0,44	2,33	0,71	0,782

Para verificar se a situação profissional, paridade e idade gestacional influenciam o EF, utilizou-se o teste de U de Mann-Whitney. No Quadro 6 apresentam-se as médias e desvios padrão das dimensões do EF relacionadas com a situação profissional, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios para nenhuma das dimensões do EF. Nas grávidas empregadas as médias oscilam entre 1,51 na dimensão hábitos de saúde a 2,33 na dimensão qualidade de vida. Nas grávidas desempregadas variam de 1,21 na dimensão hábitos de saúde a 2,57 na dimensão bem-estar físico. O nível de significância varia de 0,141 na dimensão hábitos de saúde a 0,476 na dimensão bem-estar físico.

QUADRO 6 – Relação entre o EF e a situação profissional

Dimensões Estado Funcional	Situação Profissional				p
	Empregada (n = 43)		Desempregada (n = 7)		
	Média	S	Média	S	
Bem-estar Físico	2,24	0,60	2,57	0,98	0,476
Saúde Mental	1,92	0,68	1,61	0,64	0,308
Apoio Social	2,09	0,84	2,43	0,98	0,322
Hábitos de Saúde	1,51	0,56	1,21	0,27	0,141
Preparação	2,20	0,77	1,86	0,69	0,322
Qualidade de Vida	2,33	0,64	1,86	0,58	0,322

No Quadro 7, encontram-se as médias e desvios padrão das dimensões do EF em relação à paridade. As médias variam de 1,40 na dimensão hábitos de saúde a 2,22 na dimensão bem-estar físico nas nulíparas e de 1,58 na dimensão hábitos de saúde a 2,47 na dimensão saúde mental nas primíparas/múltiparas. O nível de significância varia de 0,033 na dimensão apoio social a 0,922 na dimensão preparação.

QUADRO 7 – Relação entre o EF e a paridade

Dimensões Estado Funcional	Paridade				p
	Nulíparas (n = 31)		Primíparas/ Múltiparas (n = 19)		
	Média	S	Média	S	
Bem-estar Físico	2,22	0,66	2,39	0,68	0,314
Saúde Mental	1,94	0,81	2,47	0,84	0,122
Apoio Social	1,74	0,49	2,11	0,88	0,033
Hábitos de Saúde	1,40	0,40	1,58	0,71	0,486
Preparação	2,16	0,78	2,16	0,76	0,922
Qualidade de Vida	2,19	0,48	2,42	0,84	0,334

No Quadro 8 pode-se verificar os valores das médias e desvios padrão das dimensões do EF associado à idade gestacional. As médias variam de 1,61 na dimensão hábitos de saúde a 2,26 na dimensão qualidade de vida. No 2º trimestre, as médias das grávidas variam de 1,35 na dimensão hábitos de saúde a 2,46 na dimensão bem-estar físico no 3º trimestre. O nível de significância varia de 0,015 na dimensão bem-estar físico a 0,929 na dimensão saúde mental. Assim, verificou-se que há diferença estatisticamente significativa na dimensão bem-estar físico (U de Mann-Whitney = 190,500 e $p=0,015$).

QUADRO 8 – Relação entre o EF e a idade gestacional

Dimensões Estado Funcional	Idade Gestacional				p
	2º Trimestre (n = 23)		3º Trimestre (n = 27)		
	Média	S	Média	S	
Bem-estar Físico	2,09	0,67	2,46	0,62	0,015
Saúde Mental	2,00	0,90	2,26	0,81	0,929
Apoio Social	1,92	0,77	1,84	0,60	0,244
Hábitos de Saúde	1,61	0,66	1,35	0,39	0,078
Preparação GHTAIG	2,04	0,77	2,26	0,76	0,273
Qualidade de Vida	2,26	0,75	2,30	0,54	0,453

DISCUSSÃO

As grávidas apresentam melhor avaliação do EF na dimensão hábitos de saúde e pior na dimensão bem-estar físico. A dimensão que segue é a saúde mental com melhor avaliação do EF.

Foram encontradas associações lineares muito baixas significativas entre as várias dimensões do EF em que as grávidas que apresentam melhor saúde mental, qualidade de vida, hábitos de saúde e preparação estabelecem um EF melhor. Para reforçar esta ideia, Aguiar *et al* (2010) referiram que as grávidas com HTAIG apresentam, por vezes, alguns sinais e sintomas como o edema e cefaleias devido à elevação da pressão arterial, o que faz com que as grávidas apresentem o bem-estar físico alterado.

Os meses da gravidez são utilizados pelas mulheres para se adaptarem ao seu novo papel, o maternal, de forma a sentirem-se preparadas para cuidar do seu bebé. Este pro-

cesso desenvolve-se através de várias etapas. Neste estudo observou-se que quanto mais bem preparadas as grávidas se encontram, melhor é a avaliação do EF, ou seja, a capacidade para desenvolver o seu papel (Lowdermilk e Perry, 2006).

Na variável idade das grávidas não existe diferença estatisticamente significativa entre os valores médios das várias dimensões do EF. Em todos os grupos etários a dimensão que tende a avaliar melhor o EF é hábitos de saúde. Os valores das médias vão aumentando conforme avança a idade, exceto na dimensão apoio social. Estes resultados podem ir de encontro aos estudos já realizados, que a idade superior a 35 anos pode ser considerada um fator de risco para a HTAIG, o que pode justificar o motivo de valores mais baixos do EF (Sibai *apud* Graça, 2010).

Relativamente à variável habilitações académicas existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios da dimensão saúde mental e da dimensão preparação. A dimensão que tende a avaliar melhor o seu EF é a hábitos de saúde em todas as categorias das habilitações académicas. A dimensão saúde mental tende a avaliar melhor o EF nas grávidas com ensino secundário. Não se consegue verificar se à medida que aumenta o grau académico, se aumenta ou diminui o EF porque as dimensões variam de forma desigual.

Quanto à variável situação profissional, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios para nenhuma dimensão do EF. A dimensão que tende a avaliar melhor o seu EF é a hábitos de saúde nas várias situações profissionais, exceto nas desempregadas, que é na dimensão saúde mental.

Segundo os autores Hueston e Kasik-Miller (1998) os fatores sociodemográficos (situação profissional, apoio familiar e nível de renda) apresentavam apenas uma pequena influência sobre o EF na gravidez.

Em relação à paridade existe diferença estatisticamente significativa na dimensão apoio social. As nulíparas tendem a avaliar melhor o seu EF em todas as dimensões, exceto na preparação que apresentam o mesmo valor de média do que as primíparas/múltiparas. A dimensão hábitos de saúde tende a avaliar melhor o EF.

Quanto à variável idade gestacional há diferenças estatisticamente significativas na dimensão bem-estar físico. As dimensões bem-estar físico, saúde mental, preparação e qualidade de vida apresentam médias mais elevadas no terceiro trimestre comparativamente com o segundo trimestre, ou seja, o EF piora à medida que a idade gestacional avança. Hueston e Kasik-Miller (1998), no seu estudo sobre o EF em grávidas, concluíram como estatisticamente significativo a percepção do estado de saúde física, que piora à medida que a idade gestacional avança, o que está de acordo com este estudo. De acordo com os mesmos autores, a saúde mental e a qualidade de vida não apresentam correlação estatisticamente significativa com a idade gestacional.

A dimensão hábitos de saúde melhora à medida que a idade gestacional avança. Isto pode-se observar porque as

grávidas sabem que ao adotar comportamentos saudáveis, diminuem os riscos da patologia para o feto assim como para ela (Santos *et al*, 2009).

CONCLUSÃO

As grávidas apresentam melhor EF nas dimensões hábitos de saúde, saúde mental, qualidade de vida e preparação e pior na dimensão bem-estar físico.

Em relação às variáveis sociodemográficas, só a variável habilitações académicas apresentou diferença estatisticamente significativa nas dimensões preparação e saúde mental do EF. Quanto às variáveis obstétricas, na paridade verificou-se a existência de diferença estatisticamente significativa com a dimensão apoio social do EF e na idade gestacional, existiu diferença estatisticamente significativa com a dimensão bem-estar físico.

Desta forma, com este estudo, aumenta-se o conhecimento do EESMO de forma a identificar precocemente os diagnósticos de enfermagem e prevenir e diminuir os riscos para a grávida e feto.

A grávida com HTAIG tem preocupações acrescidas, relacionadas com os riscos e complicações materno-fetais originadas pela patologia. Assim, deve-se envolver a grávida nos cuidados, de forma a aumentar a sua responsabilidade sobre os hábitos de saúde, envolvendo-a nos cuidados e necessitando de apoio familiar. Com a ajuda do EESMO, a grávida ultrapassa esta fase de transição com mais confiança e menos receios e medos. Nestes momentos, as grávidas têm de utilizar a sua capacidade de forma a ajustar-se às transições de desenvolvimento e de saúde-doença e deve ser estabelecida uma relação de confiança e empatia de forma a apresentar as suas dúvidas e medos.

Assim, pretende-se com este estudo promover uma gravidez equilibrada, de forma a impedir ou atenuar o aparecimento de complicações, tais como o parto prematuro e descolamento prematuro da placenta normalmente inserida e promovendo o EF. Para isso, é necessário aumentar o conhecimento do EESMO.

BIBLIOGRAFIA

- AGUIAR, Maria [et al.] – Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação. *Revista Rene* [Em linha]. 11:4 (2010) 66-75. [Consult. 14 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n4_pdf/a07v11n4.pdf>. ISSN: 2175-6783.
- GRAÇA, Luís – *Medicina Materno-Fetal*. 4ª ed. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-654-8.
- HUESTON, W.; KASIK-MILLER, S. – Changes in functional health status during normal pregnancy. *The Journal of Family Practice* [Em linha]. 47:3 (1998) 209-212. [Consult. 20 Jul. 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9752373>>. ISSN 0094-3509.
- LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon – *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 978-989-8075-16-1.
- MENDES, Mário Luz – *Livro de Obstétrica*. Coimbra: Almedina, 1994. ISBN 972-40-0778-2.
- PASCOAL, Istênio – Hipertensão e gravidez. *Revista Brasileira Hipertensiva* [Em linha]. 9:3 (2002) 256-261. [Consult. 14 Dez. 2011]. Disponível

em WWW:<URL: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23\(1\)012.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23(1)012.pdf)>.

PERAÇOLI, J.; PARPINELLI, M. – Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia* [Em linha]. 27:10 (2005) 627-634. [Consult. 14 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n10/27578.pdf>>.

SANTOS, Sousa [et al.] – Factores de risco para a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* [Em linha]. 22:1 (2009) 48-54. [Consult. 14 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=40811729009>>. ISSN 1806-1222.

ZUGAIB, Marcelo – *Obstetrícia*. São Paulo: Manole, 2008. ISBN 978-85-204-2544-2.