

## INFLUÊNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROFILAXIA DA HIPERÊMESE GRAVÍDICA: ESTUDO PILOTO

*Maria do Carmo Lui \**

*Wanda Escobar da Silva Freddi \*\**

LUI, M. do C. & FREDDI, W. E. da S. Influência da assistência de enfermagem na profilaxia da hiperêmese gravídica: estudo piloto. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 13(3):267-274, 1979.

*A etiologia da hiperêmese gravídica é desconhecida, porém, vários autores consideram a origem psíquica como a mais provável. Neste trabalho, estudou-se a influência da assistência de enfermagem às gestantes com náuseas e vômitos matinais ou vespertinos, na profilaxia da hiperêmese gravídica. A assistência de enfermagem consistiu basicamente em orientação sobre alimentação e ajuda na resolução de problemas emocionais.*

### INTRODUÇÃO

No primeiro trimestre de gestação é comum as gestantes se queixarem de pequenos desconfortos, como por exemplo, micções freqüentes, pirose, náusea, vômito, obstipação e outros. A náusea e o vômito ocorrem aproximadamente em um terço das gestantes, sendo mais freqüente em primigestas. FAIRWEATHER<sup>5</sup> também relata que a incidência deste distúrbio é em torno de 25% a 30%. Sobre-vem usualmente, pela manhã ou à tarde<sup>2,4</sup>, sendo, porisso, conhecido como náusea matinal ou vespertina. Inicia-se após o primeiro mês de gestação, estendendo-se até o fim do primeiro trimestre.

MERGER & LEVY<sup>12</sup> afirmam que a maioria dos vômitos simples desaparecem espontaneamente a partir do quarto mês de gestação. Recomendam que se recorra a tratamento específico, se estes persistirem além deste período.

Para KROGER & FREED<sup>10</sup>, as náuseas e os vômitos do primeiro trimestre de gravidez são, na maioria dos casos, de origem psicogênica. A natureza psicossomática da hiperêmese gravídica é constatada claramente pelo fato de que, apesar de ser desconhecida em certas civilizações, como na oriental, aparece nas mulheres orientais que se adaptam à civilização ocidental. Segundo os autores, as náuseas e os vômitos da gravidez são comuns nas mulheres predispostas a alterações do metabolismo do sódio, por fatores endócrinos. Isto ocorre freqüentemente nas pessoas que, como conseqüência de fatores genéticos e ambientais, utilizam o tubo digestivo para manifestar a sua repulsa mediante o vômito.

Em uma proporção muito pequena de casos, as náuseas persistem durante todo o dia e toda a noite e os vômitos tornam-se freqüentes. Se o vômito persistir, inter-

\* Professor Assistente das disciplinas Enfermagem Obstétrica e Neonatal e Enfermagem Ginecológica da EEUSP.

\*\* Professor Assistente Doutor das disciplinas Enfermagem Obstétrica e Neonatal e Enfermagem Ginecológica da EEUSP.

ferindo no balanço eletrolítico e ocasionando desvios da nutrição, ele torna-se potencialmente perigoso e pode ser considerado anormal, sendo conhecido como vômito pernicioso da gravidez ou hiperêmese gravídica. BARBOSA <sup>1</sup> comenta que, em média, em quinhentas gestantes apenas uma apresenta hiperêmese gravídica.

FAIRWEATHER <sup>5</sup> comenta que a hiperêmese gravídica tem como causa distúrbios emocionais. GRELLE <sup>8</sup> descreve a hiperêmese gravídica como síndrome precoce e psicossomática por excelência. A mulher grávida, sob o impacto das mudanças orgânicas e das motivações emocionais diversas e polimorfas, sofre alteração do perfil psicológico, justificando a exteriorização de sintomas orgânicos de natureza essencialmente psíquica. Isto justifica o amparo psicológico à gestante, visando a identificação de motivações emocionais negativas, pregressas e atuais, com o fim de eliminá-las. O autor ressalta a importância da orientação da gestante sobre os processos fisiológicos da gravidez e o ato da parturição, como um dos meios de ampará-la psicologicamente.

PIATO <sup>13</sup> considera que o sistema nervoso é grandemente comprometido durante a gravidez, sendo que a exteriorização mais importante dos conflitos emocionais é a ansiedade (instabilidade emocional, insônia e inapetência). Segundo o autor, podem-se observar, no aparelho digestivo, sinais e sintomas característicos ocasionados em parte por alterações emocionais e metabólicas, mas, provocados sobretudo por conflitos; comenta, também, que as náuseas e vômitos, principalmente os que se prolongam além do terceiro mês, seguramente indicam manifestações inconscientes de rejeição do conceito.

BOTTELLA LLUSIÀ <sup>3</sup> e FITZPATRICK et alii <sup>6</sup> são também de opinião que, entre as causas da hiperêmese gravídica, destacam-se as de origem psíquica. Estes autores explicam que, nos primeiros meses de gestação, a mulher está sujeita a novas experiências emocionais, vivendo semanas de ansiedade, sendo necessário ajustamento e mudança nos hábitos diários e nos planos traçados antes da gestação. Estes autores consideram que o sucesso do tratamento clínico destas pacientes depende em grande parte do tato, da compreensão e da atitude da enfermeira, que as ajuda a resolverem os seus problemas e a aceitarem os encargos da maternidade. O tratamento desta patologia, segundo os autores, é baseado nos seguintes princípios:

— combater a desidratação por meio da administração de fluidos por via parenteral;

— combater a inanição por meio de glicose intravenosa e, se necessário, alimentação com dieta líquida hiper-calórica e hipervitamínica, através de sonda gástrica;

— combater a rejeição à gravidez com o auxílio de psicoterapia, sedativos e resolução dos problemas quotidianos.

BETHEA <sup>2</sup>, JUHASZ & KILKER <sup>9</sup> e RAMOS <sup>14</sup> comentam que a etiologia da hiperêmese gravídica está provavelmente relacionada com as alterações normais que ocorrem no organismo materno, como as modificações endócrinas e metabólicas. Soma-se a estas causas, o impacto psíquico, na gestante, causado por novas responsabilidades impostas pela maternidade. Segundo estes autores, a causa psíquica tem sido considerada como a mais freqüente na hiperêmese gravídica. Ressaltam, na terapêutica da mesma, a importância do relacionamento que a gestante desenvolve

com o médico e a enfermeira. Neste relacionamento com a gestante, a enfermeira toma conhecimento de seus hábitos diários de vida, alimentação e descanso; percebe o seu relacionamento com o marido e os seus sentimentos sobre si própria e sobre a atual gestação. Assim, a enfermeira pode ajudar a gestante a avaliar os seus sentimentos relativos à gestação e orientá-la, como também pode ajudar aos seus familiares na resolução dos problemas existentes.

GREENHILL & FRIEDMAN<sup>7</sup>, descrevendo a etiologia da hiperêmese gravídica, comentam que “o vômito incontrolável é mais comum em mulheres neuróticas”. Para os autores, “na maioria dos casos de hiperêmese existe um distúrbio funcional do sistema nervoso intimamente associado”. Enfatizam a profilaxia da hiperêmese, aconselhando “tratamento conservador imediato dos vômitos leves da gravidez”: refeições freqüentes, em pequenas quantidades, constituídas principalmente de carboidratos. As gestantes devem ingerir mais alimentos secos e restringir os líquidos nos intervalos das refeições.

MARTIN<sup>11</sup> informa que, nestes últimos anos, tem sido considerados como causas principais dos vômitos os fatores psíquicos e aconselha o diagnóstico diferencial com os vômitos independentes da gravidez (gastrites, etc). Para o autor os vômitos matutinos ou vespertinos não necessitam tratamento.

SOIFER<sup>15</sup> comprovou clinicamente a coincidência de manifestações de ansiedade com a incerteza da existência de gravidez; entre os quais incluem-se as náuseas e os vômitos matutinos. Frequentemente, quando é feito o diagnóstico preciso de gravidez, as manifestações de ansiedade desaparecem espontaneamente. Comenta que o medo das gestantes, de não serem capazes de dar à luz e criarem o filho é um aspecto psicológico que pode determinar as náuseas e os vômitos. Outro fator lembrado pelo autor é o temor das responsabilidades financeiras extras acarretadas pela maternidade. Recomenda portanto, que a mulher grávida receba todo o apoio necessário para conseguir que a gestação chegue a termo com êxito.

GUTTAMACHER citada por COSTA<sup>4</sup>, menciona os seguintes fatores como responsáveis pela baixa da incidência de hiperêmese gravídica: “1 — o medo da gravidez e do parto diminuiu em virtude do conhecimento, pelos leigos, de que o parto se tornou evento seguro, e a analgesia, e anestesia, largamente usadas, aliviam as pacientes; 2 — o obstetra moderno não cerca os cuidados pré-natais com restrições atormentadoras e guia as pacientes, ao invés de deixá-las sem conselhos e orientação; 3 — com a noção de que a hiperêmese representa apenas um grau no quadro das náuseas e vômitos, as medidas terapêuticas são prontamente instituídas, quando ainda estão os sintomas incipientes”.

A etiologia da hiperêmese gravídica tem sido muito estudada. De modo geral, são encontrados na literatura especializada estudos que apontam os sintomas neuróticos ou psicossomáticos como responsáveis pela evolução das “náuseas e vômitos matinais” para a hiperêmese gravídica, com ênfase na necessidade que a gestante tem de receber apoio psicológico, não só dos profissionais, como dos seus familiares. De nossa parte, ao dispensarmos assistência de enfermagem às gestantes com “náuseas e vômitos matinais ou vespertinos”, pareceu-nos que as que recebiam nossa orientação e eram por nós apoiadas psicologicamente melhoravam consideravelmente, chegando mesmo a alegar o desaparecimento dos mesmos.

Portanto, propusemo-nos a estudar a influência da assistência de enfermagem às gestantes com “náuseas e vômitos matinais ou vespertinos”, na evolução para a hiperêmese gravídica.

## METODOLOGIA

### *População*

Foram assistidas as gestantes matriculadas na Unidade de Pré-natal do Amparo Maternal. Para a seleção da amostra levamos em consideração a presença de queixas de náuseas e vômitos matinais ou vespertinos. Excluímos todas as gestantes que, embora apresentassem esta sintomatologia, tivessem patologias gastro-intestinais. Nossa população consistiu de 30 gestantes.

### *Método*

Os dados foram obtidos na anamnese geral e obstétrica, feitas na primeira consulta e nas consultas subseqüentes, e anotados na ficha da Unidade de Pré-natal da instituição onde a pesquisa foi realizada e em um ficha elaborada por nós (Apenso 1). Todas as gestantes, na sua primeira consulta, foram examinadas pelo médico clínico, para identificação de possíveis patologias, visando a seleção da amostra.

A assistência de enfermagem às gestantes foi prestada, individualmente, por nós, até o desaparecimento das náuseas e vômitos matinais ou vespertinos. Nesta assistência, após estudarmos os dados obtidos na anamnese, orientávamos a gestante a resolver os seus problemas e a aceitar a gestação atual e o regime alimentar que deveriam seguir. Foram orientadas a tomar alimentação leve e pastosa e de fácil digestão; a ingerir pequenas quantidades de alimento em intervalos menores, isto é, de seis a sete pequenas refeições ao dia. Nesta dieta foi facultada a ingestão de torradas, biscoitos, mingau e chá quente, em pequenas quantidades. Aconselhamos ainda, que a primeira refeição do dia deveria constar de torradas ou biscoitos e de chá quente, e que fosse tomada no leito, antes da gestante se levantar. Todas as gestantes receberam orientação sobre a importância da apresentação dos alimentos e das sobras serem retiradas da sua frente o mais rapidamente possível.

## RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Foram assistidas trinta gestantes entre 16 e 36 anos de idade; 4(13,3%), estavam no primeiro mês de gestação, 17(56,7%) no segundo, 4(13,3%) no terceiro e 5(16,7%) no quarto.

Os problemas apresentados pelas gestantes foram: 8(26,7%) dificuldades sócio-econômicas; 8(26,7%) não queriam engravidar; 7(23,3%) usavam meios anticoncepcionais e não haviam planejado esta gravidez; 6(20,0%) foram abandonadas pela família ou pelo companheiro e 1(3,3%) era epilética.

Somam-se a esses problemas as informações errôneas que estas gestantes tiveram sobre o trabalho de parto e parto, que as levaram a sentir medo da gravidez e do envolver do parto. Destas 30 gestantes, 1(3,3%) havia tido o primeiro filho com malformação congênita e estava muito ansiosa, com medo de que este novo bebê também nascesse malformado.

Quanto ao estado civil, constatamos que 15 (50,0%) gestantes eram solteiras; das restantes, 10 (33,3%) eram casadas e 5 (16,7%) viviam maritalmente. As casadas e as que viviam maritalmente, provavelmente, contavam com o apoio do marido ou companheiro, fator considerado muito importante para o ajustamento da mulher à gestação.

Das 30 gestantes, 14 (46,7%) eram primigestas, 8 (26,7%) secundigestas, 3 (10,0%) tercigestas e 5 (16,6%) múltiparas, notando-se uma incidência maior de náuseas e vômitos entre as primigestas.

Nas entrevistas com as gestantes, após identificarmos os problemas por elas relatados, procuramos ajudá-las a resolvê-los. O número de entrevistas, para orientação e apoio emocional da gestante, variou de 3 a 10. Das 30 gestantes, 2 (6,6%) participaram de 3 entrevistas; 3 (10,0%), de 4 entrevistas; 7 (23,3%), de 5 entrevistas; 1 (3,3%), de 6 entrevistas; 12 (40,1%), de 7 entrevistas; 3 (10,0%), de 8 entrevistas; 1 (3,3%), de 9 entrevistas e 1 (3,3%), de 10 entrevistas.

As 30 gestantes do nosso estudo que apresentaram náuseas e vômitos não tiveram alterações da pressão arterial, da temperatura e do pulso. Quanto à curva ponderal, 12 gestantes (40,0%) tiveram uma perda de 1 a 2 quilos em relação ao peso inicial, entre a primeira e a segunda consulta, em intervalo de 17 a 30 dias; notamos que na terceira consulta, em intervalo que variou de 23 a 30 dias, todas ganharam peso.

Estudando os dados obtidos nestas entrevistas, notamos que, após a terceira consulta, em média, as gestantes informavam o desaparecimento das náuseas e vômitos. Por outro lado, constatamos que 23 gestantes (76,6%) informaram o desaparecimento destes sintomas entre o terceiro mês e meio e o quarto mês de gestação. Portanto, não temos dados para avaliar, com segurança, a eficácia do método utilizado por nós, pois a maioria dos autores, como já tivemos a oportunidade de relatar no início deste trabalho, concordam com o desaparecimento espontâneo das náuseas e vômitos matinais ou vespertinos, ao redor do quarto mês de gestação. Das 7 restantes, 3 (10,0%) informaram o desaparecimento das náuseas e vômitos no quinto mês e 2 (6,6%), no sexto mês; 2 gestantes (6,6%) abandonaram, por motivo ignorado, a assistência pré-natal antes do desaparecimento desses sintomas, após três entrevistas de orientação.

## CONCLUSÃO

Como pudemos constatar, as náuseas e os vômitos matinais ou vespertinos da gravidez são considerados pela maioria dos autores como um sinal normal no primeiro trimestre da gestação, desaparecendo ao término deste período. A sua evolução para hiperêmese gravídica é, hoje em dia, rara, no nosso meio. Estudamos 30 gestantes das quais duas abandonaram a assistência pré-natal. Das 28 gestantes por nós assistidas até o término da sintomatologia nenhuma evoluiu para hiperêmese gravídica.

Estes fatos, somados aos constatados pelos autores citados na introdução deste trabalho, de que a hiperêmese gravídica tem diminuído consideravelmente, levaram-nos a concluir que este trabalho necessitaria de reformulação e que só poderia ser levado a efeito numa população muito grande e em período de tempo indeterminado.

Outra dificuldade sentida por nós foi a impossibilidade de termos um grupo controle, que ficasse sem assistência, para chegarmos a uma conclusão objetiva.

Observamos também, após a análise dos dados, que houve algumas omissões que prejudicaram este estudo. Por exemplo: não foi feito o controle das gestantes por nós orientadas quanto à aplicação, em casa, da orientação recebida. A falta de uma ficha controle, para a gestante preencher diariamente, com o registro dos alimentos ingeridos e os sintomas (náusea e vômito) ocorridos, dificultou o controle das gestantes. Não controlamos realmente se a dieta sugerida para as gestantes foi por elas seguida.

Como a assistência de enfermagem era prestada somente quando a gestante comparecia à Unidade de Pré-natal para controle, tornou-se impossível controlar a alimentação, os conflitos emocionais e outros fatores que poderiam influir na evolução dos sintomas; esse mal talvez tivesse sido sanado com um controle semanal ou até mais frequente.

Estes motivos, levaram-nos a interromper esta pesquisa, que ficou apenas como estudo piloto.

LUI, M. do C. & FREDDI, W. E. da S. Influence of nursing care in the prevention of hyperemesis gravidarum. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 13(3):267-274, 1979.

*The objectives of this study was to find out if nursing assistance given to pregnant women, specifically in relation to nausea and vomiting, would help prevent hyperemesis gravidarum.*

*Nursing assistance consisted basically in orientation regarding diet and help in the solution of emotional problems, both given to the patients when they came to the out patient department for pre-natal control.*

*Thirty pregnant women were studied.*

*The data obtained were not significant, due probably to a number of causes, including: small population; infrequent nurse-patient meetings; lack of control over the patients' diet.*

*This study was therefore considered as a pilot study.*

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBOSA, H. Doenças gravídicas propriamente ditas. Gestoses. In: ———— *Obstetricia prática*. 5. ed. Rio de Janeiro, Científica, 1961. Cap. 1, p. 166-76.
2. BETHEA, D. C. Problemas de salud durante el embarazo. In: ———— *Enfermería materno-infantil*. 2. ed. México, Interamericana, 1977. Cap. 8, p. 83-100.
3. BOTTELLA LLUSIÁ, J. Las gestosis o toxemias del embarazo. In: ———— *Patología obstétrica*. 7. ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1960. Cap. 1, p. 5-17.
4. COSTA, P. L. Hiperêmese gravídica. In: REZENDE, J. et alii *Obstetricia*. 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974. Cap. 21, p. 465-70.
5. FAIRWEATHER, D. V. An evaluation — nausea and vomiting in pregnancy. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, Washington, 135-71, Sept. 1, 1968.
6. FITZPATRICK, E. et alii Complications of pregnancy. In: ———— *Maternity nursing*. 12. ed. Philadelphia, Lippincott, 1971. Cap. 19, p. 468-70.
7. GREENHILL, J. P. & FRIEDMAN, E. A. Hiperêmese gravídica. In: ———— *Obstetricia*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1974. Cap. 31, p. 348-50.
8. GRELLE, F. C. Hiperêmese gravídica. In: ———— *Manual de obstetricia*. 2. ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1960. v. 2, p. 958-66.
9. JUHASZ, J. M. & KILKER, R. C. High-risk pregnancy. In: CLAUSEN, J. P. et alii *Maternity nursing today*. New York, McGraw-Hill, 1973. Cap. 31, p. 727-63.
10. KROGER, W. S. & FREED, S. C. Nauseas y vomitos del principio del embarazo. *Hyperemesis gravidica*. In: ———— *Ginecología psicossomatica: con inclusion de algunos temas de obstetricia*. Barcelona, Salvat, 1955. Cap. 7, p. 174-88.
11. MARTIN, H. Confuse and confusing hyperemesis gravidarum. *Nurs. Times*, London, 70: 473-4, May, 1974.
12. MERGER, R. & LEVY, J. Pathogenie e traitement delamaladie-gravidique precoce. *Bull. Féd. Soc. Gynec. Obstét. franc.*, Paris, 7: 234-70, 1964.
13. PIATO, S., ORG. Aspectos psicológicos do ciclo gravídico puerperal. In: ———— *Apontamentos de obstetricia normal*. São Paulo, Departamento de Publicações e Livros do Centro Acadêmico Manoel de Azevedo, 1973. v. 2, Cap. 22, p. 94-8.

14. RAMOS, N. G. Êmese e hiperêmese gravidica. In: PEIXOTO, S. et alii. *Pré-natal*. São Paulo, Manole, 1978. Cap. 8, p. 99-104.
15. SOIFER, R. Ansiedades específicas del embarazo. In: \_\_\_\_\_ *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Buenos Aires, Kargieman, 1973. Cap. 1, p. 23-65.

APENSO 1

— RESUMO DE EVOLUÇÃO CLÍNICA E OBSTÉTRICA DA GRAVIDEZ —

CASO N.º

DATA
ENTREVISTA
PRESSÃO ARTERIAL
TEMPERATURA
PULSO
PESO
ALTURA UTERINA
FOCO FETAL
URINA TIPO I
FEZES
WASSERMAN
TIPO SANGÜÍNEO
FATOR RH
ABREUGRAFIA
NAUSEAS E VÔMITOS
EXAME FÍSICO GERAL

OBSERVAÇÕES: