

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES COM SÍNDROMES  
HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO ATENDIDAS PARA O PARTO NO IMIP:  
ESTUDO DESCRITIVO TIPO CORTE TRANSVERSAL.**

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF WOMEN WITH  
HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY CARED FOR IMIP BIRTH:  
DESCRIPTIVE STUDY CROSS-SECTIONAL DESIGN.

Lucas Gomes de Moraes Fulco<sup>1, 2</sup>

Thiago Reinaux Monteiro Alves<sup>1, 2</sup>

André Gomes Vidal Filho<sup>1, 2</sup>

Guilherme Nuno de Souza Maia Mota<sup>1, 2</sup>

Leila Katz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP. Recife, PE, Brasil

<sup>2</sup> Faculdade Pernambucana de Saúde-FPS. Recife, PE, Brasil.

Autor correspondente: Leila Katz

Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista 50.070-550 Recife, PE, Brasil

E-mail: katzleila@gmail.com

## RESUMO

**OBJETIVOS:** descrever o perfil clínico e epidemiológico das puérperas com síndromes hipertensivas que tiveram seu parto atendido no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). **MÉTODOS:** o estudo é observacional descritivo tipo corte transversal. Foi realizada a análise de dados dos prontuários e cartão pré-natal de 403 puérperas que tiveram seu parto no IMIP, além de entrevista direta e preenchimento de formulário na investigação das síndromes hipertensivas com enfoque nos fatores clínicos e epidemiológicos, destacando: história clínica, fatores de risco, diagnóstico, profilaxia e complicações, durante setembro de 2018 a março 2019. **RESULTADOS:** foram classificadas com pré-eclâmpsia 47,4%, as hipertensas gestacionais eram 21,6%, as hipertensas crônicas 11,7%, as pacientes com pré-eclâmpsia superposta representaram 17,9%. A complicação mais comum foi a síndrome HELLP (10,9%) .As pacientes que precisaram de UTI foram 17,4%. Em 59,8% das mulheres o diagnóstico da hipertensão foi dado durante o pré-natal e 24,9% tiveram menos de seis consultas. 10,7% utilizaram AAS durante a gestação por orientação médica. Das 110 mulheres com história de SHG anterior, 24,5% utilizaram AAS. **CONCLUSÃO:** complicações durante o internamento, tempo de internamento prolongado e necessidade de internamento em UTI corroboram a gravidade das mulheres com síndromes hipertensivas. Observamos falha do pré-natal em identificar mulheres que se beneficiariam com o uso da profilaxia para a PE com o AAS. **PALAVRAS-CHAVES:** Hipertensão; Gestação; Epidemiologia.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** to describe the clinical and epidemiological profile of postpartum women with hypertensive disorders who had their delivery attended at the Professor Fernando Figueira Institute of Integral Medicine (IMIP). **METHODS:** it is an observational descriptive cross-sectional study. Data analysis of medical records and prenatal card of 403 postpartum women who had their delivery at IMIP, was performed, as well as direct interview and form filling in the investigation of hypertensive syndromes focusing on clinical and epidemiological factors, highlighting: clinical history, factors of risk, diagnosis, prophylaxis, and complications during September 2018 to March 2019. **RESULTS:** according to classification of the hypertension, 47.4% were classified as preeclampsia, 21.6% as gestational hypertension, 11.7% as having chronic hypertension and superimposed preeclampsia was diagnosed in 17.9% patients. The most common complication was HELLP syndrome (10.9%). The patients who needed ICU were 17.4%. In 59.8% of the women the diagnosis of hypertension was given during prenatal care. 10.7% of the subjects used AAS during pregnancy by medical advice. 24.9% of the patients had fewer than six prenatal consultations. Of the 110 women with previous history of SHG, 24, 5% used AAS. **CONCLUSION:** Complications during hospitalization, prolonged hospitalization time and the need for ICU admission corroborate the severity of women with hypertensive syndromes. Prenatal failure was observed in identifying women who would benefit from the use of prophylaxis for PE with AAS.

**KEY-WORDS:** Hypertension; Gestation; Epidemiology.

## INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas ocorrem sete a 10% das gestantes brasileiras.<sup>1</sup> No mundo, é a segunda causa de morte materna, sendo superada apenas pelas mortes por hemorragia.<sup>2</sup> No Brasil, entretanto, é a principal causa de óbito materno.<sup>1</sup> É importante destacar que o número porcentual das gestantes com alterações dos níveis pressóricos pode ser ainda maior, tendo em vista a subnotificação ou a falta de assistência à gestante para o correto diagnóstico durante o pré-natal.<sup>4</sup>

De acordo com o ACOG 2013 as síndromes hipertensivas na gestação são classificadas em pré-eclâmpsia (PE), PE superposta, hipertensão gestacional e hipertensão crônica.<sup>5</sup> Segundo suas características clínicas, idade gestacional de início do quadro e testes laboratoriais. Os dados levantados por um estudo de coorte em 2001 mostraram que o distúrbio hipertensivo na gestação de maior incidência no Brasil é a hipertensão crônica (4%), seguido da pré-eclâmpsia (2,3%) e da hipertensão gestacional (0,7%) e, por fim, a pré-eclâmpsia superposta (0,5%).<sup>1</sup>

Existem diversos fatores de risco para o desenvolvimento dos distúrbios hipertensivos na gestação, quais sejam: mulheres negras, com idade avançada, diabéticas (Mellitus), com sobrepeso ou obesidade, nulíparas, gestação gemelar em curso, com história prévia de doença hipertensiva em gestações anteriores, com gestação de novo parceiro, que tenha longo intervalo interpartal, história familiar compatível com os distúrbios em análise, trombofílicas, com doença renal crônica, dentre outros.<sup>1,2,9</sup>

Sobrepeso e a obesidade são importantes fatores de risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia<sup>10,12</sup>. Uma metanálise incluindo 1321 estudos, mostrou que a chance de uma paciente com sobrepeso cursar com PE é 62,3% maior que ao de uma mulher sem sobrepeso. Já a gestante obesa pode ter seu risco aumentado em até três vezes quando comparada à não obesa.<sup>13</sup>

Para o diagnóstico adequado é necessário avaliar corretamente a história clínica da paciente, os seus antecedentes pessoais e familiares, as condições clínicas e, quando necessário, confirmá-las por meio da realização de exames laboratoriais. A idade gestacional das alterações dos níveis pressóricos, bem como o acometimento de órgãos alvo devidamente constatado e a correta aferição da pressão são apenas alguns dos fatores que devem ser cuidadosamente analisados e são imprescindíveis para diferenciar o diagnóstico entre as classificações. Para que isso seja possível deve-se adotar um acompanhamento pré-natal de qualidade para um adequado aconselhamento, principalmente para as gestantes classificadas como de risco, o que pode favorecer o prognóstico materno e prevenir a mortalidade.<sup>4,7,8,9</sup>

Um estudo de caso-controle que avaliou fatores de risco para morte materna de mulheres com distúrbios hipertensivos, identificou que a ausência de pré-natal, assim como a hipertensão crônica são alguns dos principais fatores de risco para o óbito dessas gestantes.<sup>6</sup> Deve-se, então, considerar que dentre as condições que podem levar à morte materna, existem aquelas que são evitáveis apenas através de um acompanhamento de qualidade durante o período gestacional.

O principal objetivo de identificar gestantes de risco para desenvolver distúrbios hipertensivos e suas complicações é a utilização de estratégias de profilaxia dessas situações. Entre essas estratégias, uma das mais bem estabelecidas é o ácido acetilsalicílico (AAS). Seu uso profilático em grupos de risco tem efetividade comprovada e têm sido recomendada.<sup>14, 22, 23</sup> Entretanto o início da profilaxia deve ser feito até a 16ª semana de gestação, o que reforça a orientação do Ministério da Saúde quanto à necessidade de um pré-natal de início precoce e de qualidade, que seja capaz de identificar o perfil da gestante e, dessa forma, consiga classificá-la quanto ao risco de desenvolver a PE e determinar a necessidade de início profilático.

Desta forma, esse estudo se propôs a traçar um perfil das mulheres com síndrome hipertensiva na gestação que tiveram seu parto no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Com o objetivo de avaliar a prevalência de cada uma das diferentes classificações das síndromes hipertensivas no serviço, descrever características clínicas e epidemiológicas e apresentar os resultados maternos das puérperas avaliadas.

## MÉTODOS

Realizou-se estudo observacional tipo corte transversal envolvendo pacientes puérperas diagnosticadas com qualquer síndrome hipertensiva na gestação com parto no serviço de Obstetrícia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), em Recife, Pernambuco, Brasil, entre setembro de 2018 e maio de 2019. A população do estudo contemplará todas as pacientes puérperas, de qualquer faixa-etária, que tiveram seu parto no IMIP e tenham o diagnóstico de síndrome hipertensiva registrado em prontuário, no período do estudo.

Foram incluídas puérperas que tiveram parto no IMIP e diagnóstico de síndromes hipertensivas na gestação com registro no prontuário. A amostra foi de conveniência, através de um formulário elaborado pelos foram investigadas as características clínicas (sinais e sintomas), epidemiológicas, doenças associadas, assistência médica prestada no pré-natal, profilaxia com AAS, diagnóstico, conduta e complicações de 403 pacientes. Os dados foram obtidos dos prontuários, cartão pré-natal e a partir de entrevista com as pacientes.

Os dados contidos nos formulários foram tabulados no programa de domínio público EpiInfo 3.5.4 e descritos quantitativamente através do mesmo programa. Foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas e frequências relativas para as variáveis categóricas.

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisado IMIP (CEP), sob o número de CAAE:94710218.0.0000.5201. O presente estudo não obteve apoio financeiro de qualquer Programa ou instituição de ensino em saúde. O Termo de Consentimento Livre e esclarecido foi entregue a todas as pacientes participantes do estudo. Não há conflitos de interesse.

## RESULTADOS

Durante o período do estudo houve 5051 nascimentos na instituição. Foram abordadas 407 mulheres, dentre as quais quatro se recusaram a participar da pesquisa. Durante o período do estudo houve três óbitos por síndromes hipertensivas que foram excluídas do estudo pela impossibilidade da coleta, pois as mulheres chegaram muito graves e evoluíram para o óbito o que impossibilitou a entrevista e obtenção de dados sobre o pré-natal. Na presente pesquisa foi estudado um total de 403 mulheres com diagnóstico confirmado de uma das síndromes hipertensivas gestacionais e que tiveram, obrigatoriamente, seu parto no IMIP durante o período de coleta de dados (Figura 1).

De acordo com a classificação dos distúrbios hipertensivos, 191 pacientes foram classificadas com PE (47,4%), as 87 como hipertensas gestacionais (21,6%) , 47 eram hipertensas crônicas correspondendo a 11,7% das mulheres, as PE superpostas representaram 17,9% (72 mulheres) e houve seis mulheres que evoluíram com eclâmpsia (1,4%) (Tabela 1).

A média de idade foi de 27,8 anos. A frequência de adolescentes foi de 16,4%. De acordo com declaração expressa pelas pacientes referente à “raça/cor”, 239 (59,3%) se declararam pardas, 94 (23,3%) brancas, 60 (14,9%) pretas e 2 (0,5%) indígenas. A variável escolaridade foi respondida por 397 pacientes. A média de anos estudados foi de 9,3 anos. 34,9% das pacientes estudaram por mais de 12 anos, 38,4% entre 8 e 12 anos, 22,7% de quatro a sete anos, 3,6% até três anos, enquanto uma paciente (0,2%) declarou não ter tido acesso à escola (Tabela 2).

Em relação ao estado civil e 72,4% declararam ter um companheiro (união estável/casadas). A renda familiar média declarada foi de 1,4 salários mínimos. No quesito naturalidade e procedência foram avaliadas 395 pacientes. As que se declaram naturais de Pernambuco são 95,1%, sendo 53,4% nascidas nos municípios compreendidos

na região metropolitana do Recife, enquanto 41,7% são do interior do estado. As que afirmam não terem nascido no estado pernambucano são 4,8%. As que se declaram procedentes de Pernambuco são 97,8%, sendo 70,8% da região metropolitana do Recife e 27% do interior do estado. Enquanto oito mulheres (2%) alegam residir em outros estados brasileiros.

A mediana referente ao número total de vezes em que as pacientes gestaram foi de duas gravidezes com um intervalo interquartil de uma a três vezes. As primigestas totalizaram 38%. No que diz respeito ao número de vezes em que as pacientes pariram, a mediana também foi de duas vezes e o intervalo interquartil permaneceu de uma a três vezes. As mulheres classificadas como multíparas (três ou mais gestações) foram 29,1%.

Com relação aos dados antropométricos, 397 pacientes foram avaliadas. A média da massa corporal encontrada foi de 82,7 quilos, já a média calculada da altura entre elas foi de 1,60 metros. De igual modo foi calculado a média entre os Índices de Massa Corpórea, correspondente a 32,3 kg/m<sup>2</sup>. Desta forma, 21,4% das mulheres foram consideradas com sobrepeso e 63,2% com obesidade baseado na classificação da OMS. As mulheres que declararam praticar exercício físico de forma regular representaram 15,4%, as tabagistas 8,4% e as etilistas 22,1% (Tabela 2).

O número de consultas pré-natais realizadas pelas mulheres estudadas durante a última gestação foi de 7,5 consultas - calculado através da mediana - com intervalo interquartil de 6-9 consultas. Apenas 355 foram avaliadas quanto à época do diagnóstico da síndrome hipertensiva, se antes ou depois da 20<sup>a</sup> semana de gestação, as demais não sabiam responder e nem tinham este dado registrado no cartão pré-natal, dessas 20% das pacientes tiveram o diagnóstico antes da vigésima semana gestacional (Tabela 3).

O percentual de mulheres que apresentavam, sabidamente, outras doenças associadas 36,9%. A hipertensão crônica estava presente em 109 mulheres (27%), diabetes em 18 (4,4%), quatro apresentavam doença renal crônica (0,9%), seis tinham obesidade grau 3 (1,4%), uma era lúpica (0,2%) e três apresentavam diagnóstico de trombofilia (0,7%). Histórico de síndrome hipertensiva nas gestações anteriores foi relatado por 110 das pacientes das 346 mulheres que informaram ou tinham registro sobre essa ocorrência, correspondendo a 31,8%. Quarenta e três puérperas que afirmaram ter feito uso de AAS durante a gestação por orientação médica correspondendo à 10,7% da amostra (Tabela 3).

A média entre as idades gestacionais das pacientes no último parto foi de 37,3 semanas. A menor idade gestacional no parto registrada entre as pacientes avaliadas foi de 22 semanas e a maior 42 semanas. Parto prematuro esteve presente em 23,4% das mulheres, sendo a idade gestacional no parto menor que 34 semanas em 6,7%. O número percentual de cesáreas eletivas foi de 31,5%, de cesáreas intraparto foi de 40,2 e de parto vaginal 28,3% (Tabela 4).

Em média, as pacientes necessitaram de 5,3 dias de internamento. As que evoluíram com alguma complicação foram 23,3%. Dentre as complicações, a mais frequente foi a síndrome HELLP, que ocorreu em 42 mulheres (10,9%) das pacientes. A lesão renal aguda ocorreu em 3,4% dos casos, hemorragia puerperal em 3,2% e edema agudo de pulmão em 1,2%. Internamento em Unidade de Terapia Intensiva foi necessário em 17,4% dos casos (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

A análise do perfil clínico e epidemiológico das gestantes admitidas no serviço durante o período da coleta que tiveram seu parto no IMIP com diagnóstico comprovado de síndrome hipertensiva possibilitou perceber uma alta frequência de mulheres que já eram hipertensas crônicas, obesas ou com sobrepeso, negras, dentre outras características definidas como fatores de risco. É necessário destacar que grande parte destes fatores encontrados com elevada prevalência entre as mulheres estudadas podem ser identificados durante o pré-natal e, de semelhante modo, o diagnóstico das doenças relacionadas à pressão arterial deveria, em sua maioria, ser dado no pré-natal.

Apesar disso, medidas profiláticas que influenciem em desfechos indesejados da doença são raramente instituídas. Desta forma, identificam-se falhas neste tipo de assistência que se constitui uma ferramenta fundamental na atenção à mulher.

Pôde-se, portanto, observar a prevalência de mulheres nas diferentes classificações de doenças relacionadas ao aumento da pressão arterial durante a gestação. Em conformidade com a literatura, percebeu-se que pelo menos 30% das gestantes analisadas evoluíram com PE. Nesta pesquisa, inclusive, a síndrome hipertensiva mais prevalente foi a PE (47,4%), dado igualmente encontrado em outras duas pesquisas, uma desenvolvida na região centro-oeste brasileira, em 2005, e a outra na Arábia Saudita, em 2017, que relataram ter encontrado prevalência de 48% e 59% para esta doença, respectivamente.<sup>15,16</sup> Além disso, é importante destacar que, no presente estudo, as pacientes com PE superposta (17,9%) foram mais prevalentes do que as hipertensas crônicas (11,7%). Foi possível perceber que houve maior número de hipertensas que desenvolveram PE quando comparado as que se mantiveram apenas com a doença de base.

Há divergência na literatura acerca de qual destas duas doenças é mais prevalente uma metanálise realizada na África em 2017 compilou 82 estudos realizados entre 1997 e 2017, definindo uma prevalência de 14,7% para hipertensão crônica e 9,2% para PE superposta. O outro estudo de 2005 no centro-oeste brasileiro já citado, achou números mais semelhantes aos do presente estudo com prevalências de PE superposta e hipertensão crônica iguais a 26,4% e 6,2%, respectivamente, <sup>15,28</sup> Dessa forma as referências existentes não mostram tanta homogeneidade de resultados, não sendo, assim, suficientes para afastar possibilidade de uma mudança no padrão de prevalência de ambas as doenças. Outra hipótese para o aumento da prevalência destas doenças seria a mudança do perfil das mulheres que engravidam: sedentárias, obesas e hipertensas - fatores de risco comprovados.

No que diz respeito à idade das pacientes, foi calculada, no presente estudo, uma média de 27,8 anos. Quando comparado a um caso controle, na Islândia, que envolveu 1445 participantes com o mesmo perfil, notam-se achados extremamente semelhantes, visto que a idade média por eles encontrada foi de 28,1 anos.<sup>10</sup> O que chama a atenção, entretanto, é o elevado índice, 16,4%, de adolescentes, que não só engravidaram, mas também desenvolveram alguma síndrome hipertensiva durante sua gestação. Os extremos de idade são considerados de risco para os distúrbios hipertensivos, pois se por um lado, a primípara tem maior risco para a PE e eclâmpsia, as mulheres de idade mais avançada, pelo fato de mais comumente apresentarem doenças associadas, como a hipertensão crônica, tem maior possibilidade de apresentarem PE superposta <sup>5,18,19</sup> .

A questão, todavia, que precisa ser considerada é, ainda, o déficit na assistência da atenção básica de saúde voltada ao planejamento familiar e aconselhamento em temas relacionados à sexualidade e reprodução. Não se pode esquecer que, como já exposto, a maior causa de morte materna no Brasil está relacionada às síndromes

hipertensivas.<sup>1</sup> A conscientização, portanto, é fundamental para prevenir a gravidez na adolescência que, por si só, já se constitui um problema social e de saúde pública.

Observamos um alto percentual de negras/pardas autodeclaradas, qual seja: 74,2%. Uma coorte realizada em Londres em 2013, de igual modo, analisou esta mesma variável e constatou que há risco significativamente maior de PE em mulheres afro-caribenhas e de origem racial do sul asiático quando comparadas às autodeclaradas brancas.<sup>17</sup> Cabe questionar se tais achados refletem a questão epidemiológica racial ou uma problemática de desigualdade social, já que essa parcela da população normalmente é mais desfavorecida economicamente e, por conseguinte, com menor acesso à saúde.

A média de anos estudados pelas participantes deste estudo foi de 9,3 anos. A maioria das gestantes, portanto, teve maior tempo na escola que a população brasileira em geral, que, segundo o IBGE, estuda em média 7,9 anos. Deve-se dar destaque ao fato de que 34,9% das mulheres incluídas no estudo iniciaram o 3º grau. A renda familiar média das participantes foi de 1,4 salários mínimos, valor abaixo do que o previsto no cálculo de renda per capita calculado pelo IBGE; deve-se, entretanto, considerar que o estudo foi realizado com pacientes usuárias do Sistema Público de Saúde (SUS) e que, portanto, trata-se, em sua maioria, de pessoas de baixa renda.<sup>3</sup>

O IMIP é um centro de referência loco-regional, ou seja, as pacientes que deveriam ser referenciadas para esta instituição deveriam residir na área de abrangência do hospital. Percebeu-se, todavia, que 27,0% das usuárias estudadas assistem em cidades do interior pernambucano e, 2,0% delas, em outros estados. Ainda que a maioria, 70,8%, se encaixe no perfil do Instituto, é possível questionar a suficiência dos hospitais do interior do estado do ponto de vista de capacidade estrutural, profissional e financeira, onde estas pacientes deveriam ser captadas.

Já está bem descrito a associação entre sobrepeso/obesidade e o aumento do risco de desenvolvimento das síndromes hipertensivas na gestação. O estudo de caso-controle Islandês já mencionado, por exemplo, conseguiu perceber, notoriamente, risco aumentado para desenvolver qualquer uma das síndromes hipertensivas durante a gestação nas pacientes com sobrepeso ou obesidade, quando comparadas com as de peso normal.<sup>10</sup> Os dados encontrados sobre esta variável corroboram com estas informações, visto que 84,6% das 397 gestantes que possuíam esse dado na entrevista eram obesas ou tinham sobrepeso pela classificação da OMS. Deve-se, contudo, salientar que a classificação da OMS não leva em consideração a idade gestacional e, dessa forma, não se trata de uma avaliação fidedigna em relação ao IMC das mesmas. Mesmo diante desse fato, o elevado número de obesas e os altos valores do IMC encontrados, média de 32,3 kg/m<sup>2</sup>, reforçam que existe uma forte associação entre as patologias. Uma metanálise publicada em 2016, que analisou um total de 1321 referências e estudos, concluiu que há evidências suficientes de que o sobrepeso e obesidade estão significativamente associados a um alto risco de desenvolver pré-eclâmpsia e podem, até, serem considerados como preditor desta doença.<sup>13</sup> No presente estudo, das 354 mulheres com sobrepeso ou obesidade, 64,7% chegaram a desenvolver PE ou PE superposta, reafirmando a veracidade do que já existe nas publicações a respeito deste tema.

O tabagismo também é apontado como um dos fatores de risco em mulheres para desenvolver alguma das síndromes hipertensivas durante a gestação.<sup>10</sup> O estudo em análise, porém, não obteve um número expressivo (8,4%) de mulheres autodeclaradas tabagistas, portanto é infactível fazer quaisquer afirmações com base nos resultados obtidos, nem, tampouco, contestar informações já publicadas. São necessários mais estudos para possibilitar uma melhor discussão do tema.

Os dados do presente estudo mostram uma baixa média quanto à paridade entre as participantes, devendo-se destacar as 153 primigestas, nulíparas quando desenvolveram as síndromes (38,0%) e que, dentre estas, 70,6% desenvolveram PE ou PE superposta; revela-se, portanto, uma associação entre estas condições, dado que é concordante com a diretriz lançada em 2019 pela FIGO e com uma revisão sistemática publicada em 2005 que postulam que a nuliparidade é um fator de risco para o desenvolvimento de PE.<sup>18,19</sup> As múltiparas foram 29,1% com pouca diferença porcentual entre aquelas que desenvolveram cada síndrome.

Outra variável examinada foi o número de consultas de pré-natal das gestantes. Já é bem difundida a importância da assistência pré-natal como um dos meios de acompanhamento gestacional apropriados para evitar desfechos maternos e perinatais indesejados. Uma pesquisa que visou analisar, com base nas evidências já existentes, a qualidade do programa pré-natal brasileiro, percebeu que esta forma de atenção à mulher encontra dificuldades de ser tão efetiva quanto ela se propõe a ser.<sup>20</sup>

No presente estudo puderam-se observar alguns fatos que corroboram com a situação acima descrita; 24,9% das mulheres fizeram menos de seis consultas de pré-natal, mínimo proposto pelo Ministério da Saúde. As mulheres que não realizaram nenhuma consulta totalizaram quatro. Percebeu-se, porém, que 59,8% das mulheres tiveram seu diagnóstico durante o pré-natal. Todas as informações analisadas comprovam a importância do acompanhamento pré-natal quando feito de maneira adequada e que prejuízos são gerados às pacientes que não têm acesso às consultas, principalmente do ponto de vista do diagnóstico precoce.

Com objetivo de comprovar que uma boa assistência durante a gestação por meio do pré-natal pode prevenir complicações, estudos vêm mostrando, com evidências científicas consistentes, que a intervenção precoce com uso de medicações pode prevenir

o desenvolvimento de pré-eclâmpsia. Uma revisão sistemática e metanálise que envolveu dezesseis estudos (1985 a 2017) com 18.907 participantes, concluiu que a aspirina (AAS) reduz o risco de PE antes das 37 semanas de gestação quando é iniciada como profilaxia na 16ª semana de gestação com uma dose diária igual ou superior a 100 mg.<sup>21</sup> Um ensaio clínico duplo cego feito em 2017 demonstrou que, em mulheres com gestação única e identificadas no 1º trimestre como de alto risco para PE, a administração de AAS na dose de 150 mg/dia da 11ª-14ª até a 36 semana reduziu em 60% a incidência de PE.<sup>22</sup>

Essas evidências só corroboram com as indicações já existentes há anos para o uso do AAS para profilaxia da PE de início precoce. Assim, mais recentemente o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) lançaram em 2018 e 2019, respectivamente, uma diretriz e uma opinião de comitê reforçando a eficácia do uso do AAS quando há fator de risco comprovado para o desenvolvimento de PE.<sup>18,23</sup>

Apesar das evidências e indicações do uso da aspirina nos casos supracitados, o presente estudo constatou uma falha no manejo das pacientes desta amostra com indicações formais da profilaxia. Das 110 (27,2%) mulheres que tiveram história prévia de alguma síndrome, e que deveriam ter utilizado AAS na gestação, apenas 27 (24,5%) fizeram uso. Doenças associadas ao aumento do risco de síndrome hipertensiva e que indicariam também o uso da aspirina estavam presentes em 36,9% da amostra. Mesmo que possivelmente exista alguma superposição entre esses grupos, observamos que a falha de indicação da profilaxia é importante.

Um estudo, nos Estados Unidos, avaliou o conhecimento de obstetras acerca do uso do AAS enquanto profilaxia em gestantes com resultados favoráveis.<sup>24</sup> Não se sabe, porém, o nível de conhecimento dos médicos brasileiros. Percebe-se, portanto, que há um déficit no número de consultas durante o acompanhamento pré-natal, mas também é

possível que haja um despreparo de profissionais tanto na atenção básica, como também de especialistas da área em alguns pontos que poderiam aumentar a qualidade da assistência a gestante. Mais estudos qualitativos precisariam ser realizados para confirmar tal hipótese.

É sabido que os transtornos hipertensivos gestacionais interferem no parto e no período puerperal. Foram avaliados, destarte, tais aspectos na amostra deste estudo. Observou-se que a média das idades gestacionais do parto foi de 37,3 semanas, número semelhante ao achado (37,4 semanas) em outro estudo de corte transversal com 398 gestantes hipertensas em Gana.<sup>25</sup> Ainda que a média da idade gestacional revele que a maior parte das pacientes evoluiu com uma gestação a termo, um alto porcentual de partos prematuros foi encontrado entre as participantes (23,4%). Não obstante, encontrou-se um elevado número de cesáreas: 71,7%. É importante destacar que a via cirúrgica não deveria, ainda que nas com alteração pressórica, ser a via de escolha na maioria dos casos. Na Austrália, por exemplo, em um estudo que avaliou 23.385 hipertensas apenas 34,8% das mulheres precisaram de uma cesárea.<sup>26</sup> Este número elevado de cesarianas demonstra uma, já conhecida, realidade brasileira, onde além de altas taxas de cesarianas, 53,8% segundo o datasus, em mulheres de modo geral<sup>30</sup>, mulheres com gestações de risco também tem taxas desnecessariamente elevadas de cesáreas. Um estudo de coorte estudou a via de parto de 500 gestantes com PE grave também no IMIP, mostrou não só um alto número de cesáreas, 68,2%, como também um maior risco de complicações maternas graves entre as participantes que pariram desta forma em relação as que tiveram parto vaginal.<sup>29</sup> Logo os achados do presente estudo demonstram que, mesmo diante de evidências significantes que demonstram uma maior probabilidade de desfechos adversos em mulheres submetidas a via alta de parto, os médicos continuam perpetuando uma

prática de se realizar cesáreas em mulheres grávidas de alto risco contradizendo o que vem sendo publicado mais recentemente.

Quanto ao tempo médio de dias de internamento pós-parto, encontrou-se uma média de 5,3 dias. O internamento prolongado pode estar associado às elevadas taxas de complicações (23,3%) entre as gestantes estudadas. A distribuição das principais complicações foi condizente com os números já encontrados na literatura.<sup>27</sup> Destaca-se, dentre elas, a síndrome HELLP e a lesão renal aguda (LRA) com incidência em 10,9% e 3,4% das gestantes do presente estudo. Semelhantemente, ao estudar uma amostra de mulheres com pré-eclâmpsia, uma pesquisa evidenciou que até 20% das mulheres cursaram com HELLP e até 5% com LRA. Estas doenças exigem elevado grau de vigilância o que justifica a taxa de internamentos na UTI encontrada, qual seja 17,4%. O estudo australiano, em contrapartida, demonstrou uma taxa significativamente menor (1,1%) de internamento em UTI mesmo em um universo muito maior de hipertensas (23385).<sup>27</sup>

## CONCLUSÃO

O perfil clínico e epidemiológico descrito através dos dados analisados acerca das mulheres com síndrome hipertensiva na gestação corrobora o que já se sabe a respeito da gravidade que esta doença representa à gestante, qual seja: uma das principais causas de morte materna.

Apesar das intervenções que são feitas nas emergências obstétricas para que se evitem as complicações mais graves e até o óbito, constatou-se a necessidade de investimento na prevenção nos níveis de atenção básica. É fundamental a conscientização social acerca dos agravos trazidos pelo sobrepeso e obesidade, que ganharam destaque pela alta incidência entre as mulheres analisadas. A atenção não deve ser, apenas, à saúde da gestante, mas da mulher no geral; mulheres saudáveis tendem a desenvolver gestações igualmente saudáveis.

Na gestação, o pré-natal é, sem dúvidas, a melhor maneira de acompanhar estas mulheres. Percebeu-se, no entanto, uma falha nesta estratégia que deveria ser um dos grandes pilares da atenção à gestante. O número mínimo de consultas preconizadas deve ser respeitado, mas a qualidade delas precisa ser aperfeiçoada. Incentivar os profissionais a seguirem as recomendações e diretrizes já existentes seria um passo importante

O diagnóstico precoce é essencial para intervenções que podem modificar a história natural da doença. Um exemplo disto é o início correto da profilaxia com o AAS nas mulheres com risco comprovado de desenvolver pré-eclâmpsia. Para que seja eficaz, contudo, é necessária a disseminação entre os profissionais de saúde dos critérios corretos para que se lance mão desta medicação, podendo, desta forma, aproveitar seu benefício cientificamente comprovado.

## REFERÊNCIAS

1. Gaio DS, Schmidt MI, Duncan BB, Nucci LB, Matos MC, Branchtein L. Hypertensive disorders in pregnancy: frequency and associated factors in a cohort of Brazilian women. *Journal Hypertension in Pregnancy*, v. 20, p. 269-281, 2009.
2. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller A, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Journal The Lancet*, v. 2, p. 323-333, 2014.
3. IBGE. Censo 2010. Educação. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>
4. De Brouwere, V, Van Lerberghe, W. Safe motherhood strategies: a review of the evidence. *Studies in Health Services Organisation and Policy*. Antwerp, Belgium, 2001.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in Pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology* 2013;122(5):1122-31.
6. Amorim MMR, Santos LC, Porto AMF, Martins LKD. Fatores de risco para morte materna em pacientes com pré-eclâmpsia grave/ eclâmpsia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 1, p. 237-247, 2001.
7. Montenegro CAB, Rezende JF. Rezende: *Obstetrícia*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.138-139 2016.
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Hypertension in Pregnancy: The Management of Hypertensive Disorders During. NICE Clinical Guidelines, No. 107, London, United Kingdom, 2010.
9. Zanatelli C, Doberstein C, Girardi JP, Posser J, Beck DGS. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégias para a redução da mortalidade materna. *Revista Saúde Integrada*, v. 9, p. 73-81, 2016.
10. Gudnadóttir TA, Bateman BT, Hernández-Díaz, Luque-Fernandez MA, Vldimarsdottir U, Zoega H. Body Mass Index, Smoking and Hypertensive Disorders during Pregnancy: A Population Based Case-Control Study. *Journal PLOS one*, 2016.
11. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal, Brasília, Brasil, 2004.

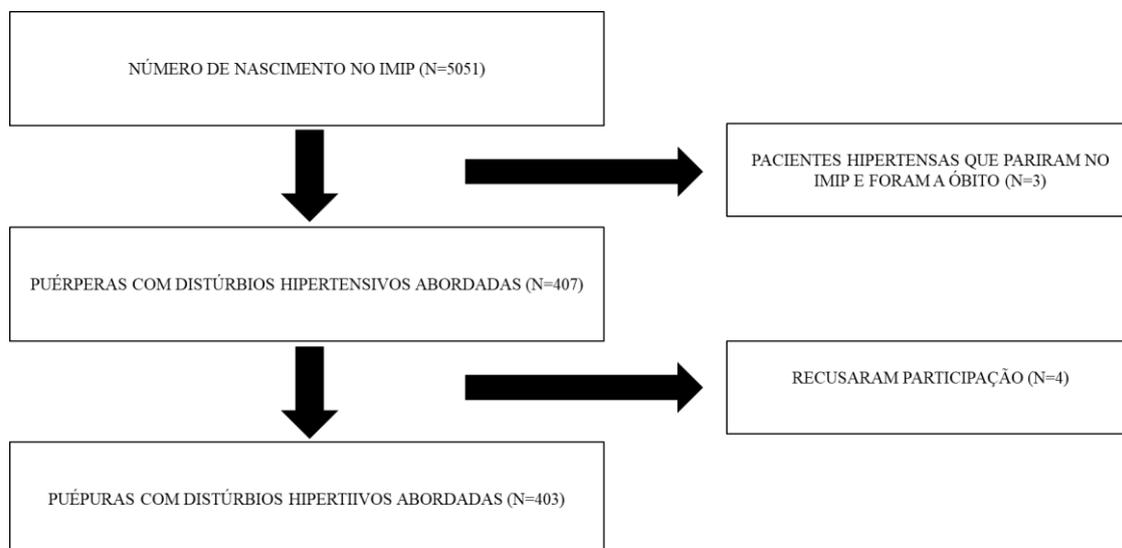
12. Shen M, Smith GN, Rodger M, White RR, Walker MC, Wen SW. Comparison of risk factors and outcomes of gestational hypertension and pre-eclampsia. *Journal PLOS one*, 2017.
13. Poorojalal J, Jenabi E. The association between body mass index and pre-eclampsia: a meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2016
14. Campos A. O papel da Aspirina na Prevenção da Pré-Eclâmpsia: Estado da Arte. *Acta Med Port*. 2015
15. Assis TR, Viana FP, Rassi S. Study on the major maternal risk factors in hypertensive syndromes. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2008 July ; 91( 1 ): 11-17.
16. Subki AH, Algethami MR, Baabdullah WM, Alnefaie MN, Alzanbagi MA, Alsolami RM, Abduljabbar HS. Prevalence, Risk Factors, and Fetal and Maternal Outcomes of Hypertensive Disorders of Pregnancy: A Retrospective Study in Western Saudi Arabia. *Oman Med J*. 2018 Sep;33(5):409-415.
17. Khalil A, Rezende J, Akolekar R, Syngelaki A, Nicolaides KH. Maternal racial origin and adverse pregnancy outcome: A cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013;41:278–285.
18. Figo Working Group On Good Clinical Practice In Maternal–Fetal Medicine. Good clinical practice advice: First trimester screening and prevention of pre-eclampsia in singleton pregnancy. *Int J Gynecol Obstet*. 2019;144:325–329.
19. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: Systematic review of controlled studies. *BMJ*. 2005;330:565.
20. Calderon IMP, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 28, 2006:
21. Roberge, Stephanie et al. Aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: systematic review and metaanalysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Volume 218, Issue 3, 287 - 293.e1
22. Poon LC, Wright D, Rolnik DL, Syngelaki A, Delgado JL, Tsokaki T, Leipold G, Akolekar R, Shearing S, De Stefani L, Jani JC, Plasencia W, Evangelinakis N, Gonzalez-Vanegas O, Perisco N, Nicolaides KH. ASPRE trial: effect of aspirin in prevention of preterm preeclampsia in subgroups of women

according to their characteristics and medical and obstetrical history, American Journal of Obstetrics and Gynecology (2017)

23. Low-dose aspirin use during pregnancy. ACOG Committee Opinion No. 743. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2018;132:e44–52.
24. Snead CM, Strassberg E, Overcash R, Stark L, Paglia MJ, Schulkin J, Jelin A (2019): Obstetricians' knowledge and practices regarding the management of preeclampsia, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*.
25. Adu-Bonsaffoh, K., et al. Prevalence of Hypertensive Disorders in Pregnancy at Korle-Bu Teaching Hospital in Ghana. (2017) *J Gynecol Neonatal Biol* 3(1): 8-13.
26. Roberts CL, Algert CS, Morris JM, Ford JB, Henderson-Smart DJ. Hypertensive disorders in pregnancy: a population based study. *Med J Aust* 2005; 182:332-5.
27. Sibai B, Dekker G, Kupferminc M. Preeclampsia. *Lancet*. 2005;365:785-99
28. Noubiap JJ, Bigna JJ, Nyaga UF, et al. The burden of hypertensive disorders of pregnancy in Africa: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Hypertens*. 2019;21:479–488.
29. Amorim MMR, Katz L, Barros AS, Almeida TSF, Souza ASR, Faúndes A. Maternal outcomes according to mode of delivery in women with severe preeclampsia: a cohort study, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2015, 28:6, 654-660,
30. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, Datasus tabnet, 2011. Disponível em: [http://datasus.saude.gov.br/index.php?option=com\\_blankcomponent&view=default&Itemid=631](http://datasus.saude.gov.br/index.php?option=com_blankcomponent&view=default&Itemid=631)

## FIGURAS E TABELAS

**Figura 1.** Fluxograma de captação de pacientes



**Tabela 1.** Distribuição das pacientes de acordo com a Classificação das síndromes hipertensivas

Classificação das síndromes hipertensivas	n	%
<b>Pré-eclâmpsia</b>	191	47,4
<b>HAS gestacional</b>	87	21,6
<b>HAS crônica</b>	47	11,7
<b>PE superposta</b>	72	17,9
<b>Eclâmpsia</b>	6	1,4
<b>TOTAL</b>	403	100,0

**Tabela 2.** Características biológicas e sociodemográficas

<b>Características</b>	<b>Casos n= 403</b>	
<b>Idade (anos) (média/DP)-</b>	27,8	7,4
<b>Varição-</b>	14	47
<b>Frequencia de adolescentes (n/%)-</b>	66	16,4
<b>Cor/Raça (n/%)-</b>		
Branca	94	23,3
Preta	60	14,9
Parda	239	59,3
Amarela	8	2,0
Indígena	2	0,5
<b>Escolaridade (média/DP)-</b>	9,3	2,9
<b>Escolaridade (anos) (n/%) *-</b>		
0	1	0,2
1-3 anos	15	3,6
4-7 anos	91	22,7
8-12 anos	154	38,4
>12 anos	140	34,9

<b>Possui companheiro (n/%)</b> -	292	72,4
<b>Gesta (mediana/IIQ)</b>	2	1-3
<b>% de primigestas</b>	153	38,0
<b>Para (mediana/IIQ)</b>	2	1-3
<b>% de múltiparas (3 ou mais gestações)</b>	118	29,1
<b>Renda familiar (SM) (média/DP)</b> -	1,4	1,2
<b>Naturalidade (n/%)**</b> -		
RMR	211	53,4
Interior do estado	165	41,7
Outros estados	19	4,8
<b>Procedência (n/%)**</b> -		
RMR	280	70,8
Interior do estado	107	27,0
Outros estados	8	2,0
<b>Peso (média/DP)*</b> -	82,7	17,0
<b>Altura (média/DP)*</b> -	1,60	0,06
<b>IMC (média/DP)*</b>	32,3	6,0
<b>% sobrepeso segundo IMC OMS</b>	85	21,4

<b>% obesidade segundo IMC OMS</b>	251	63,2
<b>Pratica atividades físicas (n/%)</b>	62	15,4
<b>Consumo de bebidas alcoólicas (n/%)</b>	89	22,1
<b>Tabagismo (n/%)</b>	34	8,4

\*Dados disponíveis para 397 pacientes. \*\* Dados disponíveis para 395 pacientes.

RMR=Região Metropolitana do Recife; DP: desvio padrão; IIQ: intervalo interquartil.

**Tabela 3.** Características clínicas das pacientes

<b>Características</b>	<b>Casos n= 403</b>	
<b>Consultas pré-natais (mediana/IIQ)</b>	7,5	6-9
<b>HAS diagnosticada nessa gestação antes de 20 semanas (n/%)*</b>	71	20
<b>Doença associada (n/%)</b>	145	36,9
HAS crônica	109	27,0
Diabetes	18	4,4
Doença renal crônica	4	0,9
Lupus	1	0,2
Obesidade grau 3	6	1,4
Trombofilia	3	0,7

<b>História de SHG anterior (n/%) **</b>	110	31,8
<b>Uso de AAS na gestação (n/%)</b>	43	10,7

\*Dados disponíveis para 355 pacientes \*\*Dados disponíveis para 346 pacientes. IIQ: intervalo interquartil

**Tabela 4.** Características do internamento

<b>Características</b>	<b>Casos n=</b>	
<b>IG no parto (média/DP)</b>	37,3	2,8
<b>Varição da IG no parto</b>	22	42
<b>% IG no parto &lt; 37 (n/%)</b>	94	23,4
<b>% IG no parto &lt; 34 (n/%)</b>	27	6,7
<b>Via de parto</b>		
<b>Cesárea eletiva (n/%)</b>	127	31,5
<b>Cesárea intraparto (n/%)</b>	162	40,2
<b>Vaginal (n/%)</b>	114	28,3
<b>Tempo de internamento (média/DP)</b>	5,3	3,5
<b>Complicações (n/%)</b>	94	23,3
Síndrome HELLP	42	10,9
EAP	5	1,2

Lesão renal aguda	14	3,4
Hemorragia puerperal	13	3,2
<b>Encaminhada a UTI</b>	<b>70</b>	<b>17,4</b>

---

DP: desvio padrão; IIQ: intervalo interquartil