

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

DANNIEL MARTINS GONÇALVES

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ATENDIDAS EM
AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO EM HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO**

São Luís
2017

DANNIEL MARTINS GONÇALVES

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ATENDIDAS EM
AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO EM HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Medicina da
Universidade Federal do Maranhão como
requisito para obtenção do grau de
Médico.

Orientadora: Prof^a Msc. Adriana Lima dos
Reis Costa

São Luís

2017

Martins Gonçalves, Dannel.

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ATENDIDAS
EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO EM HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO /
Dannel Martins Gonçalves. - 2017.

36 f.

Orientador(a): Adriana Lima dos Reis Costa.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2017.

1. Alto Risco. 2. Pré-natal. 3. Síndromes
Hipertensivas Gestacionais. I. Lima dos Reis Costa,
Adriana. II. Título.

DANNIEL MARTINS GONÇALVES

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ATENDIDAS EM
AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO EM HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso no formato de relato de caso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão como pré-requisito para a obtenção do Grau de Médico.

Aprovada em __ / __ / _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Adriana Lima dos Reis Costa (Orientadora)

Mestre em Saúde Materno Infantil (UFMA)

Prof. Fernando Antônio Guimarães Ramos (Examinador)

Doutor em Pediatria (UFRJ)

Prof. Antônio Gonçalves Filho (Examinador)

Doutor em Fisiopatologia Clínica e Experimental (UERJ)

Profa. Andréa Martins Melo Fontenele (Examinadora)

Doutora em Ciências da Saúde (UFMA)

Dedico a Deus, pela força e coragem durante toda esta longa jornada.

Aos meus pais pela dedicação, ensinamentos, amor, compreensão e ternura.

Agradecimentos

Primeiramente ao Criador por ter fornecido o dom da vida e ser provedor de todas as graças ao longo de toda a minha existência, e não somente nestes anos como universitário.

Agradeço aos meus pais, Lafayette de Abreu Gonçalves Neto e Rosane Martins da Trindade. Mãe, seu cuidado e dedicação me deram, em alguns momentos, a esperança para seguir. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinho nessa caminhada.

Agradeço aos meus irmãos, Lafayette e Lawrence, que por mais difícil que fossem as circunstâncias, sempre tiveram paciência e confiança.

Agradeço a minha avó Lueci Martins da Trindade e meu avô Caim, pessoas doces e amáveis, que mesmo à distância, incluíam em suas mensagens palavras de incentivo e carinho a mim e toda minha família.

À minha orientadora, Profa. Adriana Lima dos Reis Costa, por sua tenacidade e amor à medicina, bem como exemplo de ética, honestidade e profissionalismo, que me serviram de inspiração ao longo dessa jornada. Agradeço pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

A esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

Agradeço a todos os professores, corpo clínico dos hospitais que estagiei, profissionais que nas mais diversas funções e especialidades não mediram esforços para proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

Aos meus amigos de infância, em especial os de Imperatriz, sempre estarão presentes em meu coração, apesar da distância física que a vida impôs.

Aos meus amigos e mestres do Dom Bosco, pois ao seu lado passei muitos dos melhores momentos da minha vida, além das lições que levarei para sempre. Foi justamente no período de colegial que tive ciência de que meu destino seria aliviar o sofrimento do próximo como médico.

Aos amigos que fiz na medicina, em especial, Nathália Carvalho e Eric Costa que estiveram junto comigo nesta árdua caminhada desde o início e, por isso mesmo, grandes responsáveis pela concretização deste trabalho, aos irmãos que o curso me presenteou Rodrigo Almeida, Rodrigo Muniz, Marco Marinho, Danilo Dallago, Dinamara Rodrigues, Karina Acero, Ricardo de Carli, Wysterkimbo e Nonato, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas durante o curso de medicina. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhora tudo o que tenho produzido na vida.

Aos funcionários do SAME do HUUFMA pela incansável vontade de ajudar e eficiência em seu ofício, pois sem eles não seria possível levar adiante este desafiador trabalho.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“O começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são.”

Aristóteles

Resumo

Introdução: As síndromes hipertensivas gestacionais representam a maior causa de mortalidade materna no Brasil, influenciando diretamente o binômio materno-fetal. A assistência pré-natal nesse contexto é capaz de reduzir complicações e mortes nas hipertensas. **Métodos:** Foi realizado estudo observacional, retrospectivo e descritivo, em que foram avaliadas todas as pacientes acompanhadas no ambulatório do pré-natal especializado do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, no período entre março de 2015 e março de 2016. As informações das pacientes foram obtidas através de pesquisa nas fichas preenchidas durante todo o acompanhamento pré-natal, complementadas com os relatórios descritos nos prontuários durante internação para o parto ou tratamento de intercorrências clínicas. Os dados foram inseridos e tabulados no programa Microsoft Excel versão 2010. **Resultados:** A amostra foi composta de 61 participantes: destas, 23 (33,7%) tinham idade entre 30 e 35 anos, 14 (23,0%) possuíam mais de 35 anos. As gestantes, em sua maioria, eram oriundas de São Luís (n = 39; 63,9%) e eram pardas (n = 44; 72,1%). As solteiras totalizaram 23 (37,8%) e as casadas 19 (31,0%). A hipertensão arterial crônica foi a forma clínica predominante, com 35 casos (57,3%), seguida por hipertensão gestacional (n = 11; 18,0%). Verificou-se que 27 pacientes (44,3%) realizaram 6 consultas ou mais durante o pré-natal. 31 gestantes (50,9%) realizaram a primeira consulta no 2º trimestre e 18 pacientes (29,5%) no 3º trimestre. Sobre o uso de anti-hipertensivos na gestação, 56 (91,8%) utilizavam ao menos uma classe. Verificou-se que 57 pacientes (93,5%) não tiveram nenhuma internação. **Conclusão:** A hipertensão arterial crônica foi a modalidade de síndrome hipertensiva gestacional mais prevalente entre as pacientes. Os dados obtidos têm relevância por trilhar o percurso do pré-natal de alto risco, mostrando os fatores relacionados a esta condição clínica.

Palavras-chave: Síndromes Hipertensivas Gestacionais. Pré-natal. Alto Risco.

Abstract

Introduction: Gestational hypertensive syndromes represent the major cause of maternal mortality in Brazil, directly influencing the maternal-fetal binomial. Prenatal care in this context is capable of reducing complications and deaths in hypertensive patients. **Methods:** An observational, retrospective and descriptive study was carried out in which all patients were evaluated at the prenatal clinic of the University Hospital of the Federal University of Maranhão, between March 2015 and March 2016. Patient information were obtained through research on the completed records during all the prenatal follow-up, complemented with the reports described in the medical records during hospitalization for the delivery or treatment of clinical interurrences. **Results:** The sample consisted of 61 participants: of these, 23 (33.7%) were between 30 and 35 years of age, 14 (23.0%) had more than 35 years. The majority of the pregnant women came from São Luís (n = 39; 63.9%) and were brown (n = 44; 72.1%). Single women totaled 23 (37.8%) and married women 19 (31.0%). Chronic hypertension was the predominant clinical form, with 35 cases (57.3%), followed by gestational hypertension (n = 11; 18.0%). It was verified that 27 patients (44.3%) performed 6 or more appointments during prenatal care. 31 pregnant women (50.9%) performed the first consultation in the 2nd quarter and 18 patients (29.5%) in the 3rd quarter. On the use of antihypertensives during pregnancy, 56 (91.8%) used at least one class. It was verified that 57 patients (93.5%) had no hospitalization. **Conclusion:** Chronic hypertension was the most prevalent form of gestational hypertensive syndrome among the patients. The data obtained are relevant for the high risk prenatal course, showing the factors related to this clinical condition.

Keywords: Gestational Hypertensive Syndromes. Prenatal. High risk.

Lista de ilustrações

Gráfico 1- Frequência das pacientes, segundo a gravidade da pré-eclâmpsia, Serviço de G.O, HUUFMA, 2015-2016	25
Gráfico 2- Frequência das pacientes, segundo o número de consultas realizadas, Serviço de G.O do HUUFMA, 2015-2016	25
Gráfico 3- Frequência das pacientes, segundo a idade gestacional na ocasião da 1ª consulta no ambulatório de pré-natal especializado, Serviço de G.O, HUUFMA, 2015-2016	26
Gráfico 4 - Frequência das pacientes, segundo a presença de síndrome hipertensiva prévia nas gestantes acompanhadas no ambulatório de pré-natal especializado, Serviço de G.O, HUUFMA, 2015-2016	27

Lista de tabelas

Tabela 1 - Características sócio-demográficas das pacientes, Serviço de GO, HUUFMA, 2015-2016.....	23
Tabela 2 - Frequência das pacientes em relação à classificação da síndrome hipertensiva gestacional, Serviço de GO, HUUFMA, 2015-2016.....	24

Lista de abreviações e siglas

AVE – Acidente vascular encefálico

DAP – Doença arterial periférica

DRC – Doença arterial crônica

HAC – Hipertensão Arterial Crônica

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

HELLP – Hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia

HUUFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

IAM – infarto agudo do miocárdio

IC – Insuficiência cardíaca

IG – Idade gestacional

LRA – Lesão renal aguda

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAD – Pressão arterial diastólica

PAM – Pressão arterial média

PAS – Pressão arterial sistólica

SAME – Serviço de Arquivo Médico

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão

SRAA – Sistema renina – angiotensina – aldosterona

TGP - Transaminase glutâmico-pirúvica

SUMÁRIO

1 Introdução	15
2 Objetivos	19
2.1 Geral	19
2.2 Específicos	19
3 Metodologia	20
3.1 Tipo de Estudo	20
3.2 Amostra	20
3.3 Coleta de dados	21
3.4 Critérios de inclusão	21
3.5 Critérios de exclusão	21
3.7 Análise dos dados	21
3.8 Aspectos éticos	22
3.9 Conflitos de interesses	22
4 Resultados	23
5 Discussão	28
6 Conclusões	32
Referências	33
Apêndice	35

1 Introdução

A gravidez representa um período fisiológico ímpar na saúde da mulher. O organismo materno modifica-se e adapta-se com o objetivo de favorecer a estabilidade do binômio mãe-feto e uma melhor resolução final da gestação. Parte importante da literatura médica acerca da obstetrícia busca compreender as adaptações fisiológicas características deste período, que abrangem diversos aparelhos (REZENDE E MONTENEGRO, 2014).

Mudanças cardiovasculares e hemodinâmicas significativas ocorrem precocemente na gestação. O objetivo máximo destas adaptações é garantir o aporte sanguíneo para o embrião, mantendo o crescimento fetal intrauterino normal. Tais alterações incluem aumento do volume plasmático materno, do débito cardíaco e da frequência cardíaca e diminuição da resistência vascular periférica e pressão arterial (PARK et al., 2015).

A expansão do volume plasmático nas grávidas, por exemplo, é uma clássica adaptação e decorre da estimulação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA). Numa espécie de mecanismo compensatório para manter a normotensão, a síntese de substâncias vasodilatadoras, como o óxido nítrico, também se encontra elevada (KINTIRAKI et al., 2015).

A despeito da expansão do volume plasmático, entretanto, a pressão arterial fisiologicamente não tende a um aumento durante a gestação. A tendência mais comum é que a pressão arterial comece a cair no segundo trimestre. Pode-se, inclusive, alcançar pressão arterial média (PAM) cerca de 15 mmHg menor que a pressão arterial sistólica antes do terceiro trimestre da gestação. Esta redução ocorre tanto em normotensas quanto hipertensas (SAMU, 2015).

Este delicado equilíbrio responsável pela manutenção da estabilidade hemodinâmica durante a gestação não é estático. Mecanismos compensatórios como os mencionados entrelaçam-se com diversas variáveis da saúde da gestante. Comorbidades prévias, história familiar, hábitos de vida, dentre outros, são fatores que, ao interagirem com as alterações fisiológicas na gestação, podem desencadear estados patológicos. (SAMU, 2015).

A atenção na literatura médica às síndromes hipertensivas gestacionais se deve, sobretudo, ao forte impacto que exercem no perfil de morbimortalidade materna e perinatal, apresentado prevalência de 10% nas gestações ao redor do globo (WHO, 2011).

A fisiopatologia das síndromes hipertensivas gestacionais ainda não está totalmente esclarecida, embora provavelmente envolva fatores maternos, fetais e placentários (AUGUST, 2017). Nesse contexto, anormalidades no desenvolvimento da vasculatura placentária no início da gestação podem resultar em isquemia placentária relativa, que leva à liberação de fatores antiangiogênicos na circulação materna que alteram a função endotelial sistêmica e causam hipertensão e outras manifestações da doença. Contudo, a base molecular para o desenvolvimento placentário anormal e a desregulação placentária destes fatores patogênicos permanece desconhecida (NALJAYAN et al, 2013).

No Brasil, parte importante das políticas voltadas à saúde da mulher tem como objetivos prevenir e acompanhar comorbidades relacionadas ou específicas à gestação.(BRASIL, 2010). Neste contexto, as síndromes hipertensivas ocupam o posto de maior causa de morte materna entre as gestantes brasileiras, sendo responsável por cerca de 35% dos óbitos, com uma taxa de 140 a 160 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos (MOURA, 2011).

As complicações das síndromes hipertensivas são alvo de constante preocupação no estudo da gravidez. Além de níveis pressóricos elevados, tais síndromes caracterizam-se por alterações diversas nos órgãos-alvo. (SPRADLEY et al, 2015).

Globalmente, a definição de hipertensão arterial sistêmica é a de uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg (SBH, 2016). Em todos os pacientes acometidos por ela, a hipertensão desperta cuidados por estar frequentemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, bem como por elevar os riscos de eventos como acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC).(SBC, 2016).

Segundo a OMS (2011) os distúrbios hipertensivos na gravidez podem ser classificados em: hipertensão arterial crônica, quando o diagnóstico está presente antes da gravidez ou é realizado antes da 20ª semana de gestação ou que persiste após 12 semanas do pós-parto; pré-eclâmpsia refere-se à síndrome composta por hipertensão de início recente associada à proteinúria ou disfunção de órgãos, mais frequente após 20 semanas de gestação, em uma mulher previamente normotensa. A eclâmpsia é diagnosticada quando a pré-eclâmpsia é agravada por síndromes convulsivas; hipertensão arterial crônica superposta por pré-eclâmpsia, ocorre quando uma mulher com hipertensão crônica desenvolve proteinúria ou outra característica de pré-eclâmpsia, como elevação de enzimas hepáticas ou diminuição das plaquetas; e hipertensão gestacional definida como elevação da pressão arterial detectada após 20 semanas de gestação sem proteinúria ou outro critério diagnóstico de pré-eclâmpsia.

No tocante ao acompanhamento das síndromes hipertensivas gestacionais, a assistência pré-natal coloca-se como importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. Dessa forma, é salutar que o acompanhamento e as intervenções sejam realizadas de forma efetiva nas gestações de alto risco, isto é, naquelas em que a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada, tal como nas síndromes hipertensivas gestacionais (BRASIL, 2010).

O acompanhamento das gestantes hipertensas em serviço de pré-natal especializado é capaz de identificar precocemente complicações relacionadas aos estados hipertensivos gravídicos e fatores de risco para o seu desenvolvimento, como hipertensão arterial crônica, tabagismo, nuliparidade, extremos de idade materna, características sociodemográficas como afro-descendência e baixo nível socioeconômico (NORWITZ, 2016).

Em até 50% das pacientes com hipertensão gestacional há progressão para pré-eclâmpsia. A eclâmpsia pode se apresentar de forma isolada ou associada à hipertensão arterial materna preexistente, sendo a forma mais grave dos distúrbios hipertensivos (NOVO; GIANINI, 2010). Outra complicação é a síndrome HELLP,

condição clínica caracterizada por hemólise microangiopática, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia (SIBAI, 2016).

Os altos índices de mortalidade das síndromes hipertensivas gestacionais são devidos a uma grande quantidade de complicações, como a progressão da hipertensão, a pré-eclâmpsia superposta, eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta normoinserida, síndrome HELLP, hemorragia cerebral, encefalopatia dentre outras (SOUZA et al., 2010).

Considerando-se, assim, a expressividade epidemiológica da hipertensão no contexto da gestação e a necessidade de compreender esta condição clínica o mais amplamente possível, faz-se necessário conhecer as características da população de gestantes hipertensas e a qualidade do atendimento prestado. Diante deste cenário, torna-se relevante a existência de serviços especializados que possam acompanhar estas pacientes prestando um atendimento adequado e procurando diminuir os índices de morbidade e mortalidade perinatal.

2 Objetivos

2.1 Geral

- Identificar as características clínicas e epidemiológicas em mulheres atendidas em ambulatório de pré-natal especializado em hipertensão gestacional.

2.2 Específicos

- Conhecer as características sociais e demográficas das pacientes;
- Classificar as síndromes hipertensivas nesta população;
- Identificar a qualidade e adesão ao acompanhamento ofertado.

3 Metodologia

3.1 Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo observacional, retrospectivo e descritivo, em que se buscaram dados das pacientes atendidas no ambulatório do pré-natal especializado no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (Unidade Materno-Infantil) no período de março de 2015 a março de 2016.

3.2 Amostra

Foram pesquisados todos os prontuários de gestantes acompanhadas no ambulatório de pré-natal especializado de hipertensão na gravidez no período de março de 2015 a março de 2016. Das 109 pacientes identificadas, foram excluídas 48 por não apresentarem os dados completos no prontuário. As 61 pacientes incluídas foram classificadas de acordo com a forma clínica da síndrome hipertensiva: o diagnóstico e classificação da hipertensão na gravidez foram baseados nas definições do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2013).

Considerou-se como “hipertensão gestacional” o quadro hipertensivo que surgiu após a 20^a semana de gestação, sem proteinúria, com retorno a pressão normal até 12 semanas após o término da gestação; “pré-eclâmpsia” quando a hipertensão diagnosticada após 20 semanas de gravidez estava associada a um valor de proteinúria ≥ 300 mg/24h e/ou disfunção de órgãos; “hipertensão crônica” quando havia persistência de pressão sanguínea $\geq 140/90$ mmHg, antes e depois da gestação; “pré-eclâmpsia sobreposta” quando havia o surgimento de proteinúria ≥ 300 mg/24 em paciente previamente hipertensa que não apresentava proteinúria antes de 20 semanas de gestação ou aumento importante de proteinúria, da pressão arterial ou plaquetas $< 100.000/\text{mm}^3$ em gestante hipertensa com proteinúria presente antes de 20 semanas de gestação. Em relação à subclassificação de pré-eclâmpsia quanto ao grau de severidade, deve-se considerá-la como grave se: PAS ≥ 160 ou PAD ≥ 110 mmHg, plaquetopenia, TGP 2 vezes acima do basal, dor epigástrica ou no hipocôndrio direito persistente, lesão renal aguda (LRA - creatinina

maior que 1,1 mg/dl ou duplicação do valor basal), edema pulmonar, sintomas visuais ou cerebrais.

3.3 Coleta de dados

As informações das pacientes foram obtidas através de pesquisa nas fichas de acompanhamento do programa de pré-natal. As variáveis consideradas foram: idade materna; raça; ocupação; estado civil; escolaridade; procedência; tabagismo; alcoolismo; presença de síndrome hipertensiva em gestações anteriores; presença de síndromes hipertensivas gestacionais e sua classificação; subdivisão de pré-eclâmpsia conforme gravidade; número de consultas realizadas no ambulatório; início do pré-natal conforme idade gestacional; uso de anti-hipertensivos; internações na atual gestação.

Estas informações foram complementadas com os relatórios descritos nos prontuários na data da internação para finalizar o período da gestação. Os prontuários médicos pesquisados encontram-se no Serviço de Arquivo Médico – SAME, do Hospital Universitário da UFMA. Os dados coletados foram registrados em ficha-protocolo devidamente elaborada para essa finalidade (APÊNDICE A).

3.4 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão escolhidos foram mulheres com dados clínicos completos que acompanhavam no ambulatório especializado de hipertensão arterial.

3.5 Critérios de exclusão

Pacientes cujos prontuários não possuíam informações necessárias ou estas eram precárias.

3.7 Análise dos dados

Inseridos e tabulados no programa Microsoft Excel versão 2010, utilizando-se cálculo de frequências absoluta e relativa.

3.8 Aspectos éticos

Este projeto foi submetido à Plataforma Brasil e respeita todos os aspectos éticos abrangidos na Resolução nº 466/12 e suas complementares no Conselho Nacional de Saúde/MS e está de acordo com normas internacionais da ética em pesquisa com seres humanos resguardados pela Declaração de Helsinque (1964) e suas revisões.

Este projeto foi submetido e aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o número de protocolo 2.066.181.

3.9 Conflitos de interesses

Registra-se que não há conflito de interesses por parte dos pesquisadores.

4 Resultados

Foram selecionadas para o estudo 61 pacientes que fizeram acompanhamento, durante o período de março de 2015 a março de 2016, no ambulatório especializado em hipertensão do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUUFMA. As características demográficas da população estudada estão dispostas na tabela 1.

Tabela 1. Características sócio-demográficas das pacientes, Serviço de G & O, HUUFMA, 2015-2016.

Variáveis	N	%
Faixa Etária Materna		
< 20 anos	02	3,2
20-24 anos	08	13,1
25-29 anos	14	23,0
30-35 anos	23	37,7
>35 anos	14	23,0
Escolaridade		
Fundamental	09	14,7
Médio	44	72,1
Ensino Superior	04	6,6
Não informou	04	6,6
Procedência		
São Luís	39	63,9
Outros municípios	20	37,9
Não informou	02	3,2
Estado Civil		
Solteira	23	37,8
Casada	19	31,0
União consensual	15	24,6
Não informou	04	6,6
Raça		
Branca	10	16,4
Negra	04	6,6
Parda	44	72,1
Não informou	03	4,9
Ocupação		
Dona de casa	21	34,4
Trabalha fora	32	52,4
Não informou	08	13,2

Verificou-se que a maior parte das pacientes era procedente de São Luís (n = 39, 63,9%), com predomínio da faixa etária materna de 30 a 35 anos (n = 23, 37,7%). Dois pacientes (3,2%) tinham menos de 20 anos e 14 (23%) tinham acima de 35 anos.

Quanto à situação conjugal, as solteiras (n = 23; 37,8%) predominaram, seguidas pelas casadas (n = 19; 31%) e aquelas com união consensual (n = 15; 24,6%). A raça predominante no grupo em estudo foi a parda, com 44 pacientes (72,1%), seguida pela branca representada por 10 pacientes (16,4%).

A maior parte das gestantes acompanhadas no ambulatório exercia algum ofício fora de casa (n = 32; 52,6%). Aquelas que não exerciam nenhuma atividade profissional fora do domicílio corresponderam a 34,4%. O grau de escolaridade que prevaleceu foi o médio, com 44 pacientes (72,1%), seguida pelo fundamental (n = 09; 14,7%).

Todas as 61 gestantes negaram o uso de tabaco e o consumo de qualquer quantidade de álcool durante a gestação.

A tabela 2 distribui as gestantes segundo a forma clínica da síndrome hipertensiva. De todas as pacientes avaliadas nesse ponto (n = 61), o diagnóstico de hipertensão arterial crônica foi encontrado em 57,3%, seguido por hipertensão gestacional com 18,0% e pré-eclâmpsia sobreposta com 9,9%.

Tabela 2. Frequência das pacientes em relação à classificação da síndrome hipertensiva gestacional, Serviço de G & O, HUUFMA, 2015-2016.

Síndromes Hipertensivas	N	%
Hipertensão gestacional	11	18,0
Pré-eclâmpsia leve	05	8,2
Pré-eclâmpsia grave	04	6,6
Pré-eclâmpsia sobreposta	06	9,9
Hipertensão arterial crônica	35	57,3

O gráfico 1 apresenta a subdivisão dos casos de pré-eclâmpsia, segundo a gravidade, em pré-eclâmpsia leve e grave. Observou-se que a pré-eclâmpsia leve foi

mais frequente, com 5 pacientes (55,5%), enquanto a grave esteve presente em 4 pacientes (44,5%).

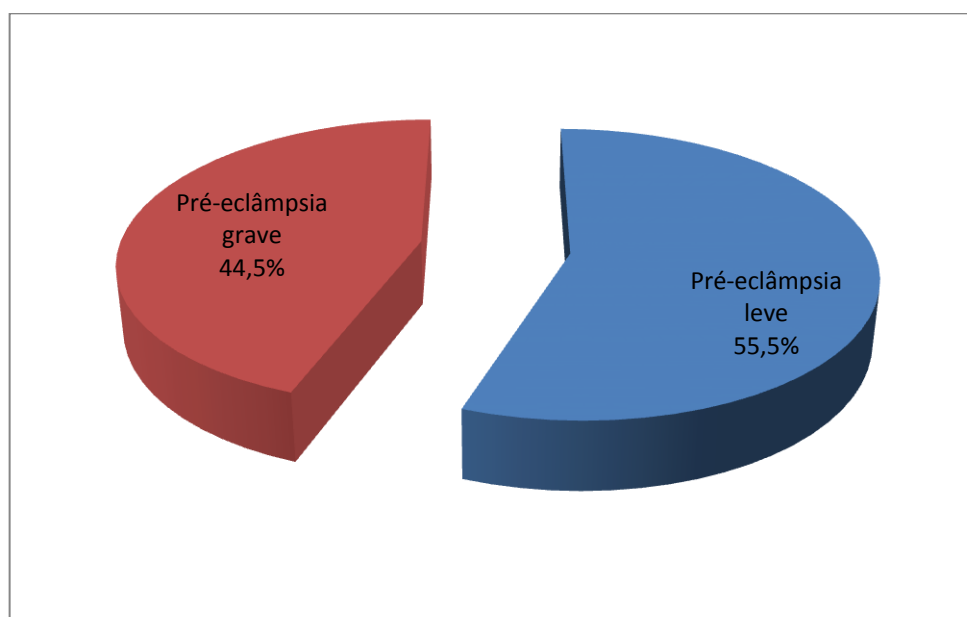


Gráfico 1- Frequência das pacientes, segundo a gravidade da pré-eclâmpsia, Serviço de G.O, HUUFMA, 2015-2016

Sobre a frequência de consultas no acompanhamento, pode-se verificar no gráfico 2 que das 61 pacientes analisadas, 27 (44,3%) realizaram seis consultas ou mais, enquanto 34 (55,7%) realizaram menos de seis consultas.

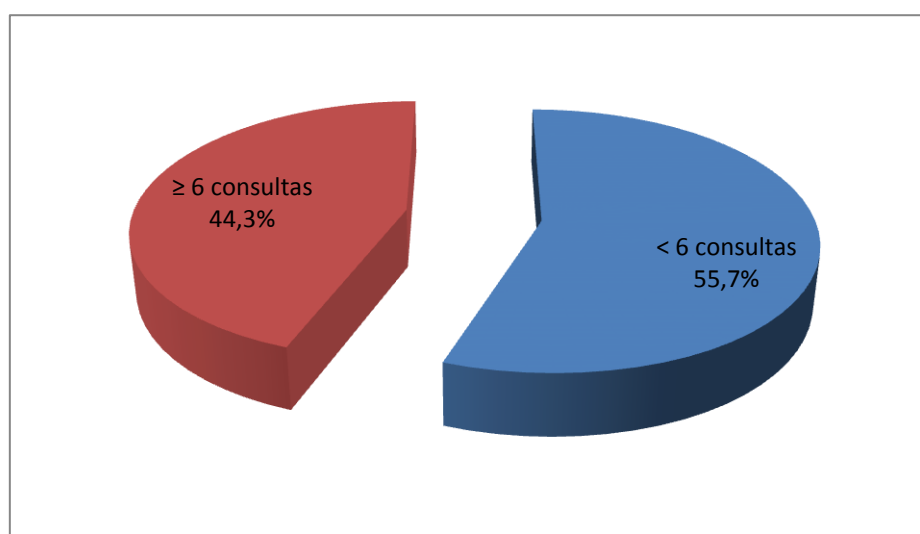


Gráfico 2- Frequência das pacientes, segundo o número de consultas realizadas, Serviço de G.O do HUUFMA, 2015-2016

Das 61 pacientes avaliadas sobre a idade gestacional na 1ª consulta, doze (19,6%) iniciaram no 1º trimestre, 31 (50,9%) no 2º trimestre e 18 (29,5%) no 3º trimestre, conforme se verifica no gráfico 3.

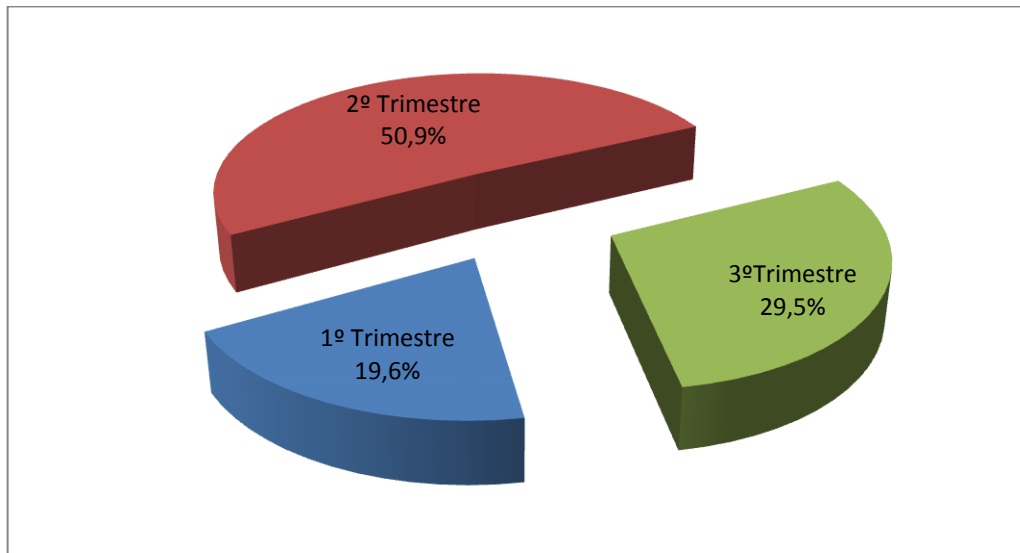


Gráfico 3- Frequência das pacientes, segundo a idade gestacional na ocasião da 1ª consulta no ambulatório de pré-natal especializado, Serviço de G.O, HUUFMA, 2015-2016

Verificou-se que das pacientes avaliadas, 9 (14,7%) encontravam-se na primeira gestação, 18 (29,5%) na segunda, 17 (27,8%) na terceira e 8 (13,1%) na quarta. Das 52 pacientes que haviam gestado anteriormente, 19 (31,2%) apresentaram síndrome hipertensiva em gravidez anterior.

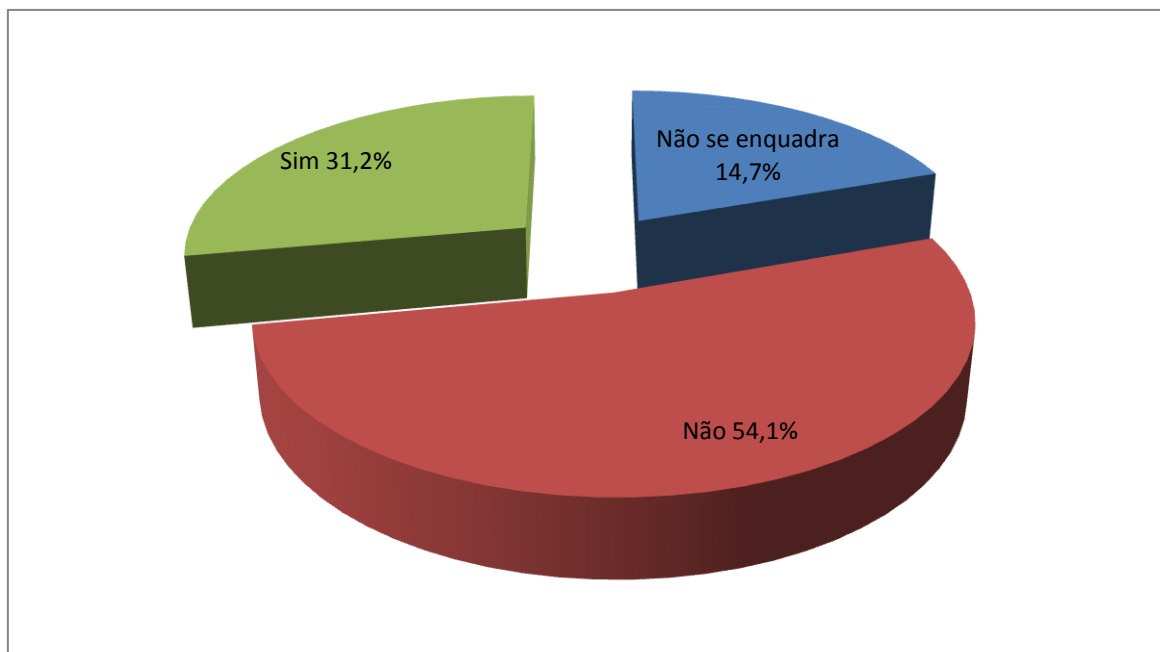


Gráfico 4 - Frequência das pacientes, segundo a presença de síndrome hipertensiva prévia nas gestantes acompanhadas no ambulatório de pré-natal especializado, Serviço de G.O, HUUFMA, 2015-2016

No que se refere ao uso de anti-hipertensivos ambulatorialmente por via oral, 56 (91,8%) pacientes faziam uso dessa classe de medicamentos na atual gestação.

Em relação a internações decorrentes de complicações gestacionais no curso da gravidez atual, 4 pacientes (6,5%) foram submetidas ao menos a uma internação, enquanto 57 (93,5%) não .

5 Discussão

As síndromes hipertensivas gestacionais representam um dos quadros clínicos patológicos mais graves e frequentes da gravidez, possuindo caráter bastante heterogêneo, a depender do centro do estudo e da população analisada.

Dentre os agravos evidenciados na gestação, a pressão arterial de 140/90 mmHg ou mais se manifesta em aproximadamente 10% das gestantes. (BRILHANTE; MOREIRA; FEITOSA et al., 2010).

Apesar das estimativas epidemiológicas e da vasta discussão quanto aos mecanismos fisiopatológicos, ainda faltam informações precisas sobre a incidência das síndromes hipertensivas em nosso meio.

A SBC (2016) estima que a eclâmpsia, por exemplo, em áreas menos desenvolvidas pode apresentar prevalência de até 8,1%. A despeito disso, estima-se que 20 a 25% de todas as causas de óbito materno deva-se à hipertensão na gestação.

Um fator cada vez mais relacionado nos estudos da hipertensão na gravidez é a etnia. Classicamente, indivíduos de etnia negra apresentam prevalência mais alta de hipertensão arterial e doenças cardiovasculares. Este aspecto reflete-se nas gestantes. Assis et al (2008), corroborando outros achados da literatura, aponta que a etnia não branca é fator de risco independente para pré-eclâmpsia

Quando se avalia a influência da raça sobre a incidência das síndromes hipertensivas entre as gestantes do estudo, verifica-se que a maioria foi identificada como parda (n = 44; 72%), o que contrasta com o predomínio de tais condições clínicas em negras (WRIGHT, 2015). Isso se dá possivelmente em razão da forte miscigenação presente no Maranhão, onde os pardos representam 68,8% da população (IBGE, 2010).

Outro fator envolvido no aumento do risco para desenvolver síndrome hipertensiva gestacional é a idade materna. A gravidez nos extremos da idade reprodutiva são apontados por Moura (2010) como fatores de risco para a pré-eclâmpsia. Isso é confirmado por esta casuística, visto que a faixa etária em que

houve mais gestantes acometidas foi dos 30 a 35 anos (n = 23; 37,7%), seguida pelo grupo que possuía mais de 35 anos (n = 14; 23,0%). Chama a atenção o fato de poucas gestantes nesta pesquisa apresentarem faixa etária menor que 20 anos (n=2; 3,2%). Isso provavelmente decorre do fato de no mesmo hospital haver serviço especializado em gestação na adolescência.

O perfil sociodemográfico também tem sua influência discutida nas síndromes hipertensivas. Em um estudo realizado em serviço universitário de atenção à saúde, Santos et. al (2009) identificaram a baixa escolaridade como uma característica comum à maioria das pacientes acometidas por distúrbios hipertensivos na gestação. Este achado, entretanto, possui importantes contrapontos na literatura. Assis et al(2008) não identificaram as características sociodemográficas como fatores de risco.

Outro ponto que chama atenção é o perfil de escolaridade predominante entre as gestantes deste estudo, em que 44 pacientes (72,1%) possuíam ensino médio, o que contrasta fortemente com o perfil de escolaridade do Maranhão, local onde o percentual da população que possui no mínimo ensino médio contabiliza 43,8% da população (IBGE, 2010). Acredita-se que o perfil mais escolarizado contribua para maior procura dos serviços de saúde.

Neste estudo, em que se procurou conhecer e discutir o perfil de pacientes hipertensas acompanhadas em serviço ambulatorial, encontrou-se um predomínio de hipertensas crônicas (n = 35; 57,3%), provavelmente porque tais gestantes eram logo referenciadas do pré-natal de baixo risco para o serviço de pré-natal especializado, o que demonstra a preocupação com as já portadoras de hipertensão arterial crônica.

Classicamente, o Ministério da Saúde aponta serem mais acometidas por síndromes hipertensivas gestacionais as primigestas, mulheres com história pessoal e/ou familiar de pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia, com gestação gemelar, doença cardiovascular pré-existente, hipertensão, nefropatia, lúpus e diabetes, o que corresponde aos principais e mais conhecidos fatores de risco para a doença (MOURA et al., 2010).

Uma das preocupações do estudo vigente foi o caráter qualitativo do programa de pré-natal especializado. A variável utilizada para esta avaliação foi o número de consultas realizadas neste acompanhamento. Chama a atenção que menos da metade do total de pacientes (44,4%) realizou seis ou mais consultas e o restante (55,6%) compareceu menos do que seis vezes.

O ponto de corte desta avaliação é de seis consultas devido ao calendário preconizado pelo Ministério da Saúde (2012) para a atenção pré-natal. Respaldando-se nas recomendações da OMS, preconiza-se hoje no Brasil um calendário regular de no mínimo seis consultas, com acompanhamento intercalado entre médicos e enfermeiros.

Esta proposta de calendário, entretanto, diz respeito à atenção pré-natal de baixo risco. A população deste estudo encontra-se, pelas síndromes hipertensivas, em uma situação de pré-natal de alto risco, conforme Manual Técnico do Ministério da Saúde (2010).

Nestas situações, há necessidade de atendimento individualizado, para um bom acompanhamento pré-natal. Especificamente quanto às síndromes hipertensivas, o Ministério da Saúde apenas indica a realização de medidas de pressão e consultas com maior frequência, com observação amíúde, sobretudo em pacientes com achados laboratoriais de proteinúria e hiperuricemia. (BRASIL, 2010)

O Ministério da Saúde (2012) aponta que o início das consultas de pré-natal no primeiro trimestre é indicativo de maior qualidade no cuidado materno. Um aspecto importante na realização da atenção pré-natal é, desta forma, a idade gestacional ao início das consultas.

Nos resultados obtidos, chama a atenção o fato de 80,4% das gestantes ter iniciado seu acompanhamento somente a partir do segundo trimestre gestacional. Pacientes que apenas iniciaram nesta idade gestacional podem conceitualmente estar submetidas a um pré-natal de menor qualidade. Isto, entretanto, não necessariamente se correlacionará com pior prognóstico gestacional, uma vez que, de acordo com o Ministério da Saúde(2012), ter ou não acesso ao pré-natal é o grande definidor de bom ou mau prognóstico na gestação, e não o número total de consultas.

Este resultado precisa ainda ser interpretado considerando-se um possível viés de aferição, visto que as pacientes que recorreram ao serviço especializado vinham encaminhadas do pré-natal de baixo risco.

Outro dado que chama atenção é o fato da maioria absoluta (n = 57; 93,5%) das pacientes não ter sido submetida a internações durante o período gestacional. Essa quantidade baixa de complicações sugere que o atendimento foi efetivo na sua função de diminuir a morbidade materna durante a gestação. Ademais, acredita-se que o serviço de pré-natal especializado, composto por equipe interdisciplinar – enfermagem, psicólogos, assistente social - permitiu que ocorresse o acompanhamento ambulatorial e não houvesse necessidade de internação, já que o serviço dispunha de fácil acesso a exames laboratoriais e de imagem, elemento importante para afastar ou confirmar suspeitas clínicas.

Em relação ao uso de anti-hipertensivos nas síndromes hipertensivas gestacionais, recomenda-se de forma consistente o tratamento para gestantes com hipertensão crônica acima de 160 mmHg/105 mmHg (ACOG, 2013). No que se refere ao uso de anti-hipertensivos ambulatorialmente por via oral neste estudo, 56 (91,8%) pacientes faziam uso dessa classe de medicamentos de forma regular na atual gestação. Tal expressividade se deve provavelmente ao predomínio das hipertensas crônicas, bem como ao início dos anti-hipertensivos já em suas unidades de saúde quando do diagnóstico, portanto, antes do encaminhamento ao serviço estudado.

O uso de anti-hipertensivos, como metildopa e hidralazina, costuma causar poucas dificuldades às gestantes, pelo menor número de efeitos colaterais, raramente percebidos, bem como pela relativa facilidade de seu uso. Essas especificidades influenciam a relação que a gestante estabelecerá com sua condição clínica, impactando, por sua vez, na viabilização da adesão às respectivas terapêuticas (LANGARO et al, 2014).

6 Conclusões

Esta pesquisa permitiu concluir que:

- A síndrome hipertensiva na gestação acometeu mais mulheres entre 30 e 35 anos, pardas e multíparas;
- A hipertensão arterial crônica foi a forma mais frequentemente encontrada;
- A maioria das pacientes possuía ao menos ensino médio;
- A maior parte das mulheres iniciou o pré-natal a partir do segundo trimestre;
- As pacientes, em sua maioria, não foram submetidas a internações durante a gravidez e utilizaram anti-hipertensivos.

Referências

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS et al. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' task force on hypertension in pregnancy. **Obstetrics and gynecology**, v. 122, n. 5, p. 1122, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. Brasília: Mi, 2010. 340 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

CENSO, I. B. G. E. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Fornecido em meio eletr nico:[www. ibge. gov. br/home/estatistica/populacao/censo2010/ Acessado em**, v. 20, n. 03, p. 2012, 2010.

DE SOUZA, Nilba Lima; ARAUJO, Ana Cristina Pinheiro Fernandes; COSTA, Iris do C eu Clara. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1285-1292, 2011.

KATTAH, Andrea G.; GAROVIC, Vesna D. The management of hypertension in pregnancy. **Advances in chronic kidney disease**, v. 20, n. 3, p. 229-239, 2013.

LANGARO, F.; SANTOS, A. H. Adesão ao tratamento gestantes de alto risco. *Psicol. cienc. prof.* v. 34, n. 3, p. 625-642, 2014.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE, Jose. **Obstetrícia fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. 768 p.

MOURA, Marta David Rocha de et al. Hipertensão Arterial na Gestação-importância do seguimento materno no desfecho neonatal. **Com. Ciências Saúde**, v. 22, n. Sup 1, p. S113-S120, 2011.

NALJAYAN, Mihran V.; KARUMANCHI, S. Ananth. New Developments in the Pathogenesis of Preeclampsia. **Advances In Chronic Kidney Disease**, [s.l.], v. 20, n. 3, p.265-270, maio 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1053/j.ackd.2013.02.003>.

PARK, Hee; SHIM, Sung; CHA, Dong. Combined Screening for Early Detection of Pre-Eclampsia. **International Journal Of Molecular Sciences**, [s.l.], v. 16, n. 8, p.17952-17974, 4 ago. 2015. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijms160817952>. Pregnancy. **Advances In Chronic Kidney Disease**, [s.l.], v. 20, n. 3, p.229-239, maio 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1053/j.ackd.2013.01.014>.

SANTOS, Thiago de Santana et al. Abordagem atual sobre hipertensão arterial sistêmica no atendimento odontológico:[revisão]. **Odontol. clín.-cient**, p. 105-109, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. 2011.

WRIGHT, David et al. Competing risks model in screening for preeclampsia by maternal characteristics and medical history. **American Journal Of Obstetrics And Gynecology**, [s.l.], v. 213, n. 1, p.62-72, jul. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2015.02.018>.

Apêndice

APÊNDICE A – Ficha protocolo

I. Identificação e Situação Sócio-Econômica

1. Nome:

2. Prontuário:

3. Idade:

<20 anos(1) 20-24 anos(2) 25-29 anos(3) 30 a 35 anos(4) >35 anos(5)

4. Ano do parto:

5. Estado civil:

Solteira(1) Casada(2) Viúva(3) Divorciada(4) União consensual(5) Não informou(99)

6. Etnia:

Branca(1) Negra(2) Amarela(3) Parda(4) Indígena(5) Não informou (99)

7. Ocupação:

Dona de casa(1) Trabalha fora(2) Não informou(99)

8. Escolaridade:

Fundamental(1) Médio(2) Superior(3) Não informou(99)

9. Procedência:

São Luís(1) Outro município(2) Não informou(99)

II. Antecedentes Pessoais

1. Tabagismo: Sim(1) Não(2) Cigarros por dia:

2. Álcool: Sim(1) Não(2) Tipo:

3. Anti-hipertensivos de forma contínua durante a gestação: Sim(1) Não(2)

4. Diagnóstico: Hipertensão gestacional(1) Pré-eclâmpsia leve(2) Pré-eclâmpsia grave(3)

Eclâmpsia(4) HAC(5) Pré-eclâmpsia sobreposta(6)

III. Antecedentes Obstétricos

1. Nº de gestações ()

2. Nº de partos ()

3. Nº de abortos ()

4. Síndrome hipertensiva em gestações anteriores: Sim(1) Não(2)

IV. Gravidez Atual

1. Início do pré-natal no HUUFMA: 1º trimestre() 2º trimestre() 3º trimestre ()

2. Número de consultas: