



MULHERES COM SÍNDROMES HIPERTENSIVAS
WOMEN WITH HYPERTENSIVE SYNDROMES
MUJERES CON SÍNDROMES HIPERTENSIVAS

Maria Sâmia Borges Mariano¹, Adriano da Costa Belarmino², Jéssica Maria Silva Vasconcelos³, Larissa Cunha Alves de Holanda⁴, Danielle d'Ávila Siqueira⁵, Antonio Rodrigues Ferreira Junior⁶.

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil obstétrico de mulheres com síndrome hipertensiva. **Método:** estudo quantitativo, exploratório, descritivo, retrospectivo e de delineamento documental, com 196 prontuários de pacientes com síndromes hipertensivas, no período de novembro de 2016 a maio de 2017. Para a coleta dos dados, foi utilizado um formulário. Em seguida, eles foram agrupados e organizados em uma planilha Excel e, posteriormente, convertidos em tabela. **Resultados:** a faixa etária predominante das pacientes estava entre os 16 aos 30 anos, com 68,88%; em relação ao número de partos, 55,61% eram multiparas; sobre o acompanhamento do pré-natal, 87,76% das gestantes tiveram acima de seis consultas; 89,80% das gestações eram únicas e 10,20%, gemelares; 57,27% dos recém-nascidos eram do sexo masculino e 42,73% eram do sexo feminino, apresentando 0,45% dos recém-nascidos com APGAR menor que sete no quinto minuto de vida e 99,55% com APGAR maior que sete. **Conclusão:** o estudo mostrou-se necessário para identificar fatores de risco que auxiliam na qualificação da assistência à mulher. **Descritores:** Gestação; Perfil de saúde; Pré-eclâmpsia; Eclâmpsia; Síndrome HELLP; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to describe the obstetric profile of women with hypertensive syndrome. **Method:** a quantitative, exploratory, descriptive, retrospective and documental study, with 196 charts of patients with hypertensive syndromes, from November 2016 to May 2017. A form was used, to collect the data. Then they were grouped and organized into an Excel spreadsheet and then converted to a table. **Results:** the predominant age group was between 16 and 30 years old, with 68.88%; in relation to the number of births, 55.61% were multiparous; about prenatal follow-up, 87.76% of pregnant women had more than six consultations; 89.80% of pregnancies were single and 10.20% of twins; 57.27% of the newborns were male and 42.73% were female, presenting 0.45% of newborns with APGAR lower than seven in the fifth minute of life and 99.55% with APGAR greater than seven. **Conclusion:** the study was necessary to identify risk factors that help in the qualification of women's care. **Descriptors:** Pregnancy; Health Profile; Preeclampsia; Eclampsia; HELLP Syndrome; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil obstétrico de mujeres con síndrome hipertensivo. **Método:** estudio cuantitativo, exploratorio, descriptivo, retrospectivo y de delineamiento documental, con 196 prontuarios de pacientes con síndromes hipertensivos, en el período de noviembre de 2016 a mayo de 2017. Para la recolección de datos, se utilizó un formulario. A continuación, ellos fueron agrupados y organizados en una hoja de cálculo de Excel y, posteriormente, convertidos en la tabla. **Resultados:** el grupo de edad predominante de las pacientes estaba entre los 16 a los 30 años, con el 68,88%; en relación al número de partos, el 55,61% eran multiparas; sobre el seguimiento del prenatal, el 87,76% de las gestantes tuvieron más de seis consultas; El 89,80% de las gestaciones eran únicas y el 10,20%, gemelares; El 57,27% de los recién nacidos eran del sexo masculino y el 42,73% eran del sexo femenino, presentando el 0,45% de los recién nacidos con APGAR menor que siete en el quinto minuto de vida y el 99,55% com APGAR mayor que siete. **Conclusión:** el estudio se mostró necesario para identificar factores de riesgo que auxilian en la calificación de la asistencia a la mujer. **Descriptores:** Embarazo; Perfil de Salud; Pre-Eclampsia; Eclampsia; Síndrome HELLP; Enfermera.

¹Enfermeira, Morrinhos, (CE), Brasil. E-mail: samia_borges_mariano@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1446-2279>;

²Enfermeiro, Sobral (CE), Brasil. E-mail: adrian_belarmino@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4401-9471>; ³Técnica administrativa no Hospital Regional Norte- HRN. Sobral (CE), Brasil. E-mail: jessica.vasconcelos45@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-3711-9649>;

⁴Mestre, Instituto Superior de Teologia Aplicada- INTA, Sobral (CE), Brasil. E-mail: larissacalves@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-6173-7549>; ⁵Docente, Instituto Superior de Teologia Aplicada-INTA, Sobral (CE), Brasil. E-mail: danielledavila@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5898-5362>;

⁶Doutor, Universidade Estadual do Ceará/UEC, Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: arodrigues.junior@uece.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9483-8060>

INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico constituindo, geralmente, uma experiência saudável de vida para a mulher. No entanto, em certas situações, com riscos definidos, podem ocorrer variações que favorecem desfechos desfavoráveis para a mãe e o feto.¹ Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) determina a morte materna como aquela ocorrida na gestação ou até 42 dias após a gravidez, independentemente da localização ou duração da mesma.² Durante o ano de 2015, cerca de 300 mil mortes maternas ocorreram mundialmente, sendo sua maioria na região da África Subsaariana.³

Da mesma forma, em análise realizada no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), durante os anos de 1996 a 2012, identificaram-se 28.713 mortes maternas, sendo a principal causa a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG).⁴ Diante disso, salienta-se que proximamente 10% de todas as gestações no mundo apresentam algum tipo de síndrome hipertensiva como a pré-eclâmpsia, a eclâmpsia, a hipertensão crônica ou a hipertensão gestacional.²

Portanto, as síndromes hipertensivas podem apresentar-se como hipertensão crônica, quando sua ocorrência antecede a gestação ou apresenta-se antes das 20 semanas gestacionais; pré-eclâmpsia, quando ocorre hipertensão e proteinúria após a 20ª semana; eclâmpsia, caracterizada por convulsões tônico-clônicas ou coma em mulher com ausência de epilepsia ou outras causas convulsivas; pré-eclâmpsia com hipertensão sobreposta, definida por pré-eclâmpsia em hipertensa crônica ou com doença renal e hipertensão gestacional sem proteinúria.^{1,5}

Além desses tipos, a síndrome hipertensiva pode apresentar-se como manifestação clínica multissistêmica, envolvendo diversos órgãos, na forma de síndrome HELLP, derivada do inglês *Hemolysis, Elevated Liver enzymes. Low Platelets*, sendo caracterizada por hemólise, plaquetopenia e elevação das enzimas hepáticas e podendo acometer cerca de 4-12% de casos de pré-eclâmpsia grave, com elevada mortalidade materna e perinatal de respectivamente 24% e 40%.⁶

Nesse contexto, as síndromes hipertensivas estão entre as principais causas de óbito materno, sendo que a diminuição da mortalidade materna em 75%, até o ano de 2015, foi um dos objetivos estabelecidos nas Metas de Desenvolvimento do Milênio, o que

não se concretizou em diversos países, entre eles, o Brasil.⁴

A pré-eclâmpsia é considerada uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, complicando cerca de 5-7% das gestações no mundo, com risco aumentado de desencadeamento de eclâmpsia, edema pulmonar, acidente vascular encefálico, disfunções hepática e renal e óbito, caso não ocorram intervenções.^{7,8} No Brasil, atinge níveis de incidência de 7,5%.⁶

Além disso, o maior número de casos de *near miss* (quase perdas) maternos ocorre em quadros de síndromes hipertensivas como documentado em estudo conduzido em unidade de cuidados intensivos (UTI) de hospital do Recife-PE, que apresentou taxa de 62,7%, sendo 42,3% de pré-eclâmpsia grave, 13,7% de eclâmpsia, 6,7% de hipertensão arterial crônica agravada na gestação e 41,2% de síndrome HELLP.⁹

Além das complicações maternas, eventos adversos para o feto, como prematuridade, anomalias fetais, crescimento intrauterino diminuído, morte fetal intraútero e neonatos pequenos para a idade gestacional (PIG), são descritos como associados a quadros pré-eclâmpicos.¹⁰ Nesse ínterim, vários fatores de risco associados à SHEG têm sido descritos na literatura, dentre eles, a primiparidade, extremos de idade reprodutiva, estado nutricional pré-gestacional ou gestacional inadequado, ganho ponderal inadequado, condições socioeconômicas desfavoráveis, presença de doenças crônicas e história familiar e/ou pessoal de hipertensão arterial, entre outros. Segundo alguns autores, a incidência da doença merece melhor investigação, tendo em vista a multiplicidade de fatores que modificam seu risco de acordo com a região, já que alguns fatores são semelhantes entre populações e outros estão relacionados a áreas específicas.¹¹

Salienta-se que o Ministério da Saúde do Brasil destaca a necessidade de abordagem ampliada e gerenciamento de vulnerabilidades da mulher no seu processo saúde-doença, com acesso adequado a serviços de saúde e a disponibilidade de informações resolutivas profissionais. Com esse objetivo, foi lançado o Programa Rede Cegonha, modelo de atenção ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero a 24 meses, assegurando acesso à gestante, acolhimento com classificação de risco e resolutividade, por meio de boas práticas e segurança no parto e nascimento, visando a reduzir a mortalidade materna e infantil,

principalmente em seu componente neonatal.¹²

Nesse contexto, constata-se a importância da atuação da Enfermagem na prevenção e identificação precoce das síndromes hipertensivas por meio do correto acompanhamento da gestante e da qualidade na realização das consultas de pré-natal. O pré-natal consiste em método de promoção de segurança materna e fetal por meio da oferta de meios educativos e preventivos e da identificação de complicações.¹³ Mesmo com o quadro clínico instalado, a Enfermagem tem papel essencial em ambiente intra-hospitalar, pois está em contato mais próximo com a paciente, onde pode gerenciar as condutas escolhidas para cada caso, administrando processos assistenciais e realizando manejo dos casos clínicos adequadamente, como a efetuação da curva pressórica, a administração dos anti-hipertensivos necessários, a verificação da frequência cardíaca fetal (FCF) e a identificação precoce de alterações e possíveis complicações da patologia, favorecendo as intervenções com antecedência.

OBJETIVO

- Descrever o perfil obstétrico de gestantes com síndromes hipertensivas atendidas em um hospital de alta complexidade do Estado do Ceará.

MÉTODO

Estudo quantitativo, exploratório, descritivo, retrospectivo e de delineamento documental, realizado no setor de obstetrícia de um hospital público de alta complexidade localizado na cidade de Sobral - CE. Salienta-se que o hospital é referência para 55 municípios do Estado, o que engloba cinco

regiões de saúde. Os dados foram coletados por meio de 196 prontuários das pacientes internadas no hospital com diagnóstico de síndrome hipertensiva, entre os meses de novembro de 2016 e maio de 2017. Para a coleta dos dados, foi empregado formulário contendo sete variáveis para o direcionamento dos resultados e construção do perfil obstétrico das mulheres. A coleta de dados ocorreu em junho de 2017.

Inicialmente, foram selecionados 225 prontuários, no entanto, ocorreu a exclusão de 29 por não possuírem todos os dados necessários exigidos no formulário da pesquisa, com a seleção final de 196 prontuários que compuseram a amostra.

Os dados foram organizados no programa Excel, da Microsoft, e agrupados pelas variáveis analisadas. Foi realizado o cálculo dos dados coletados por cada variável, o que possibilitou a construção de dados estatísticos convertidos em uma tabela. Posteriormente, foi possível compará-los com a literatura científica a fim de comprovar se o perfil obstétrico encontrado era convergente ou divergente dos estudos já existentes.

A pesquisa seguiu as normas éticas de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) por meio do Parecer 68415017.9.0000.5684.

RESULTADOS

A análise da amostra possibilitou a construção da seguinte tabela:

Tabela 1. Variáveis identificadas em gestantes com SHEG internadas na clínica obstétrica de novembro de 2016 a maio de 2017. Sobral (CE), Brasil.

Faixa etária		
Menor de 15 anos 2,04%	Entre 16 e 30 anos 68,88%	Entre 31 e 45 anos 29,08%
Tipo de gestação		
Gestação Única 89,80%		Gestação Gemelar 10,20%
Nº de partos		
Primípara 44,39%		Multípara 55,61%
Nº de gestações		
1 Gestação 44,39%	2 a 4 Gestações 50,51%	Acima de 4 Gestações 5,10%
Sexo do recém-nascido		
Masculino 57,27%		Feminino 42,73%
Vitalidade fetal		
Apgar <7 no 5º Minuto 0,45%		Apgar >7 no 5º Minuto 99,55%
Nº de consultas do pré-natal		
0 a 3 Consultas 0,51%	4 a 6 Consultas 11,73%	Acima de 6 Consultas 87,76%

Na caracterização da amostra quanto à primeira variável de faixa etária das mulheres diagnosticadas com síndromes hipertensivas no período analisado, percebeu-se que apenas 2,04% eram menores de quinze anos, 68,88% tinham entre 16 e 30 anos e 29,08% tinham entre 31 e 45 anos. Observa-se a predominância de mulheres em idade fértil e mais propensas à fecundação.

O segundo item analisado se relaciona com os antecedentes obstétricos das gestantes investigadas. Em relação ao número de gestações, 44,39% estavam em sua primeira gestação, 50,51% estavam entre a segunda e a quarta gestação e apenas 5,10% haviam tido mais de quatro gestações.

Em seguida, o terceiro item investigado aborda os antecedentes obstétricos das gestantes relacionados à quantidade de partos. Ao avaliar os prontuários, percebeu-se que 44,39% eram primíparas, ou seja, estavam em sua primeira gestação e, conseqüentemente, não haviam tido nenhum parto, e 55,61% eram múltiparas, pois já haviam passado pela experiência do parto.

Em relação à quantidade de gestações únicas e múltiplas, todas as gestações múltiplas eram gemelares, totalizando 220 nascimentos. A avaliação deste item permitiu descobrir que 89,80% das gestações eram do tipo única e 10,20% eram gestações gemelares.

Quanto ao sexo do neonato, observou-se uma relativa diferença entre os sexos onde 57,27% dos recém-nascidos eram do sexo masculino e 42,73% eram do sexo feminino e, na variável acerca da vitalidade neonatal, de acordo com índice de APGAR, foi possível obter que apenas 0,45% dos RNs apresentaram APGAR menor que sete no quinto minuto de vida e que 99,55% apresentaram APGAR maior que sete no quinto minuto em partos de mulheres com síndromes hipertensivas.

Sobre o cuidado de Enfermagem no ciclo gravídico em relação à realização de consultas de pré-natal, descobriu-se que 0,51% das mulheres haviam tido apenas de uma a três consultas. De quatro a seis consultas, foi observado um total de 11,73% das mulheres. Já o número de mulheres que receberam mais de seis consultas durante o pré-natal totalizou 87,76% das gestantes investigadas.

DISCUSSÃO

Os resultados quanto à variável faixa etária foram divergentes de muitos estudos já realizados, que apontam os extremos de idade como fatores de risco para o desenvolvimento de síndromes hipertensivas em gestantes.^{1,4,14}

Assim, a faixa etária é considerada um fator de risco associado, mas não menos importante para o surgimento da síndrome em gestantes, sendo mais predisponentes em mulheres menores de 18 anos (adolescentes)¹⁵ ou maiores de 35 anos.^{13,16}

Conforme dados na pesquisa, a faixa etária com maior pico de incidência está entre 16 e 30 anos, que não se configuraria como fator de risco para o surgimento da patologia de acordo com a maioria dos autores.^{1,4,14}

Concomitantemente, estudo com prontuários de 250 gestantes realizado em uma maternidade da região norte do Estado do Ceará, que avaliou fatores associados à via de parto em pacientes com pré-eclâmpsia, encontrou maior incidência de pré-eclâmpsia na amostra em idades entre 20-34 anos, com 63,2%, expressando significativa diferença em relação aos extremos de idade reprodutiva. Tal estudo se mostrou convergente com os resultados obtidos nesta pesquisa.¹⁷

Portanto, os resultados encontrados nesta variável não estão similares com outros estudos encontrados na literatura científica.^{1,4,14} Como a etiologia da SHEG não está totalmente esclarecida, muitos fatores de risco são considerados desencadeantes,¹⁵ mas percebe-se, pelos resultados, que essa síndrome também acomete a faixa etária que não é considerada de risco.⁷

Com relação à quantidade de gestações, a maior incidência de síndromes hipertensivas observada neste estudo concentrou-se em multigestas. É evidenciado que maior número de gestações, principalmente acima de cinco, está relacionado ao aumento do risco de morbidade e mortalidade materna.^{1,13} Além disso, conforme estudo conduzido nos Estados Unidos, gestações pré-eclâmpticas aumentam o risco de desenvolvimento da mesma em gestações da prole ligado à herança genética de susceptibilidade.¹⁸

Correlativamente, vários autores salientam a primiparidade como fator de risco para o desenvolvimento de SHEG,^{2,11,19} sendo denominado um fator irreversível para o desenvolvimento da síndrome.¹⁹ Alguns estudos salientam sua associação ao desenvolvimento somente de pré-eclâmpsia enquanto outros associam sua presença ao surgimento também de hipertensão gestacional.²⁰⁻²¹ No entanto, também é evidenciada a sua manifestação em gestações primíparas e múltiparas.¹

Nessa conjuntura, estudo conduzido em João Pessoa-PB ordenou a incidência de tipos de síndromes hipertensivas, com maior frequência da pré-eclâmpsia grave (42%),

seguida de hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta (22%), hipertensão gestacional (17%) e pré-eclâmpsia leve (15%).¹

Do mesmo modo, pesquisa acerca da incidência de pré-eclâmpsia conduzida na Suíça, de 2008-2011, com 1330 grávidas, evidenciou seu aumento em nulíparas.¹⁶ Esta ocorrência se justificaria devido ao organismo materno estar em contato com os antígenos fetais pela primeira vez, o que causaria um efeito exacerbado sobre as reações imunológicas como resultado de baixa produção de anticorpos bloqueadores.¹⁷

Em relação a esse estudo realizado, o resultado encontrado diverge da maioria da literatura científica, pois a incidência de SHEG foi maior em múltiparas do que em primíparas, com uma diferença considerável de mais de 10%.

Quanto à via de parto, no estudo, todas as pacientes investigadas evoluíram para o parto cesárea. Alguns estudos trazem que o tipo mais comum de parto, em casos de síndromes hipertensivas, é a cesárea de urgência.^{11,17} Em estudo conduzido em Campina Grande-PB, cerca de 68,6% das resoluções do parto foram por cesárea e 31,4% por via vaginal, corroborando os dados desta pesquisa.¹⁷

Contudo, ainda em estudo conduzido em hospital de ensino no interior paulista evidenciou prevalência maior de eventos adversos como hemorragia pós-parto em cesáreas.⁴ Outro estudo salientou outras complicações em parto cesárea como infecções, picos hipertensivos, maior tempo de hospitalização, além das manifestações hemorrágicas.¹¹ Ainda acerca da via de parto, evidências ressaltam que nem sempre a via cesárea será específica para gestações de alto risco como nas síndromes hipertensivas.^{11,22-23}

Na variável sobre o número de consultas de pré-natal, os resultados obtidos trazem que a maioria das gestantes apresentava mais de seis consultas abrindo espaço para reflexões acerca dos dados. Um estudo conduzido em Maceió-AL evidenciou a relevância do pré-natal e do acompanhamento multiprofissional para a identificação de riscos inerentes, tratamento de doenças e redução de morbimortalidade materna e neonatal.¹¹

Concomitantemente, pesquisa efetuada em hospital de ensino paulista, em 2012, com mulheres com SHEG, trouxe uma variação de duas a 16 consultas, com média de 9,15 a 3,67,⁴ demonstrando uma variação considerável no número de consultas pré-natal.

Nesse contexto, o pré-natal consiste em estratégia fundamental para a prevenção e a

terapêutica de agravos e cuidados na gestação, parto e puerpério, com impacto positivo em indicadores materno-neonatais. Essa conjuntura envolve acesso aos serviços de saúde de qualidade, cuidados qualificados, ações em níveis básicos, ambulatoriais e de alto risco, além de evitar intervenções dispensáveis.¹³ Logo, o conhecimento humanizado, sensível e eficaz, demonstrando apoio e orientação para a gestante e a família, é essencial para auxiliar no progresso do tratamento.¹

Relativo ao tipo de gestação, percebe-se que o percentual de gestações gemelares, mesmo que bem inferior ao número de gestações únicas, é uma quantidade bem expressiva. A literatura relata que a gestação gemelar configura-se como fator de risco para o desenvolvimento da síndrome hipertensiva, pois se relaciona com o aumento da massa trofoblástica, que é considerada fator relevante para o desencadeamento da fisiopatologia.²⁴

Apesar de gestações múltiplas serem mais propensas para o desenvolvimento de SHEG, é importante a identificação de outros fatores associados que contribuem para o seu desenvolvimento como a história pregressa ou familiar de síndrome hipertensiva, a hipertensão crônica, o diabetes melitus, a primiparidade, a gestação molar, a hidropsia fetal e nova paternidade.¹³

Relativo ao sexo do feto, não se conhecem estudos que apontem sua influência no processo patológico da síndrome hipertensiva. A patologia ainda tem causas desconhecidas, sendo alguns processos considerados como fatores desencadeantes ligados principalmente a polimorfismos genéticos, à má adaptação imunológica e à implantação placentária deficiente.¹⁸

No entanto, estudo realizado em 2012 sobre óbitos fetais e sexo masculino, no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ressaltou a fragilidade do sexo masculino relacionada à teoria da vulnerabilidade inata masculina salientando-se, inclusive, sua associação na resposta a mecanismos estressores e liberação de corticosteroides e relacionada à histocompatibilidade aos antígenos maternos.²⁵

Para finalizar, na variável referente ao índice de APAGAR do neonato, apesar da seriedade da síndrome hipertensiva e de suas possíveis complicações para a mãe e o bebê, na amostra observada não houve casos consideráveis de comprometimento da saúde do RN, pois a grande maioria nasceu com boa avaliação do estado geral. A boa vitalidade

apresentada pelos neonatos nesta pesquisa revela que, apesar da síndrome hipertensiva nas gestantes, a patologia foi bem conduzida pelos profissionais assistentes no momento do parto, impedindo ou minimizando as complicações sistêmicas decorrentes, não afetando o bem-estar do recém-nascido.

Paralelamente, pesquisa realizada em Macéio-AL, em 2014, obteve resultados similares, com índices de APGAR no 1º e 5º minutos acima do ponto de corte. No entanto, no mesmo estudo, salienta-se o maior risco de APGAR baixo em pacientes com pré-eclâmpsia, por exemplo.¹¹

De modo semelhante, estudo de coorte desenvolvido para a predição de risco de morte perinatal por síndromes hipertensivas, desenvolvido de 2008 a 2012, elencou 110 mortes perinatais, de um total de 1688 nascimentos, ligados a fatores maternos como idade gestacional de admissão hospitalar, pressão sistólica e diastólica, proteinúria e sintomas de complicações.¹⁴

É importante realizar estudos mais aprofundados, com uma amostra maior e por mais tempo, para que se descubra o perfil de mulheres mais sujeitas à patologia, já que se observa que os fatores de risco modificam-se dependendo da população, região geográfica, etnia, entre outros.¹¹

CONCLUSÃO

A realização desta pesquisa possibilitou reunir subsídios teóricos que agregam valor aos estudos realizados reforçando dados pesquisados anteriormente. No entanto, algumas variáveis encontradas apresentaram divergência de outros estudos, como a faixa etária predominante das gestantes acometidas com SHEG e a primiparidade como fator de risco. Estes resultados não são contraditórios às pesquisas existentes, mas, também, não podem ser desconsiderados, devendo-se cogitar sobre fatores externos, como a região geográfica, a etnia, o cenário do estudo, a amostra e o tempo de coleta, que podem ter possibilitado a análise de forma diferente dos subsídios já existentes.

Este estudo permite reforçar que é importante a construção do perfil obstétrico de gestantes com SHEG, possibilitando que os profissionais estejam mais atentos aos sinais predisponentes e desencadeantes das patologias, para que elas possam ser identificadas precocemente e conduzidas de forma mais precisa, minimizando ou evitando complicações maternas e neonatais.

REFERÊNCIAS

1. Brito KKG, Moura JRP, Sousa MJ, Brito JV, Oliveira SHS, Soares MJGO. Prevalence of hypertensive syndromes particular of pregnancy (GHS). J Res Fundan Care Online. 2015 July/Sept; 7(3):2717-25. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2717-2725>
2. Nobrega MF, Santos MTBR, Davim RMB, Oliveira LFM, Alves ESRC, Rodrigues ESRC. Profile of pregnant women with hypertensive syndrome in a public maternity. J Nurs UFPE on line. 2016 May; 10(5):1805-11. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i5a13560p1805-1811-2016>
3. Goodman DM, Ramaswamy R, Jeuland M, Srofenyoh EK, Engmann CM, Olufolabi AJ, et al. The cost effectiveness of a quality improvement program to reduce maternal and fetal mortality in a regional referral hospital in Accra, Ghana. PLoS One. 2017 July; 12(7): e0180929. Doi: [10.1371/journal.pone.0180929](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180929)
4. Ruiz MT, Azevedo CT, Ferreira MGB, Mamede MV. Association between hypertensive disorders and postpartum hemorrhage. Rev Gaúcha Enferm. 2015; 36(Spe): 55-61. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56776>.
5. Auger N, Fraser WD, Healy-Profitts J, Arbour L. Association between preeclampsia and congenital heart defects. JAMA. 2015 Oct; 314(15):1588-98. Doi: [10.1001/jama.2015.12505](https://doi.org/10.1001/jama.2015.12505)
6. Zuccolotto EB, Pagnussatt Neto E, Nogueira GC, Nociti JR. Anesthesia in pregnant women with HELLP syndrome: case report. Rev Bras Anesthesiol. 2016; 66(6):657-60. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2014.05.013>
7. Ribeiro JF, Rodrigues CO, Bezerra VOR, Soares MSAC, Sousa PG. Sociodemographic and clinical characteristics of parturientes with preeclampsia. J Nurs UFPE on line. 2015 May; 9(5):7917-23. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i5a10542p7917-7923-2015>
8. Spracklen CS, Ryckman KK, Triche EW, Saftlas AF. Physical activity during pregnancy and subsequent risk of pre-eclampsia and gestational hypertension: a case control study. Matern Child Health J. 2016 June; 20(6):1193-202. Doi: [10.1007/s10995-016-1919-y](https://doi.org/10.1007/s10995-016-1919-y)
9. Oliveira LC, Costa AAR. Maternal near miss in the intensive care unit: clinical and epidemiological aspects. Rev Bras Ter Intensiva. 2015 July/Sept; 27(3):220-7. Doi:

<http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20150033>.

10. Turpin CA, Sakyi SA, Owiredun WK, Ephraim RK, Anto EO. Association between adverse pregnancy outcome and imbalance in angiogenic regulators and oxidative stress biomarkers in gestational hypertension and preeclampsia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015 Aug; 15:189. Doi: [10.1186/s12884-015-0624-y](https://doi.org/10.1186/s12884-015-0624-y)

11. Oliveira ACM, Santos AA, Bezerra AR, Barros AMR, Tavares MCM. Maternal Factors and Adverse Perinatal Outcomes in Women with Preeclampsia in Maceió, Alagoas. *Arq Bras Cardiol*. 2016; 106(2):113-20. Doi: [10.5935/abc.20150150](https://doi.org/10.5935/abc.20150150)

12. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS-a Rede Cegonha [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 05 Oct 2017]. Doi: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

13. Amorim FCM, Neves ACN, Moreira FS, Oliveira ADS, Nery IS. Profile of pregnant women with pre-eclampsia. *J Nurs UFPE on line*. 2017 May; 11(4):1574-83. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i4a15225p1574-1583-2017>

14. Payne BA, Groen H, Ukah UV, Ansermino JM, Bhutta Z, Grobman W, et al. Development and internal validation of a multivariable model to predict perinatal death in pregnancy hypertension. *Pregnancy Hypertens*. 2015 Oct; 5(4):315-21. Doi: [10.1016/j.preghy.2015.08.006](https://doi.org/10.1016/j.preghy.2015.08.006)

15. Priso EB, Njamen TN, Tchente CN, Kana AJ, Landry T, Tchawa UFN, et al. Trend in admissions, clinical features and outcome of preeclampsia and eclampsia as seen from the intensive care unit of the Douala General Hospital, Cameroon. *Pan Afr Med J*. 2015 June; 21:103. Doi: [10.11604/pamj.2015.21.103.7061](https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.103.7061)

16. Purde MT, Baumann M, Wiedemann U, Nydegger EU, Risch L, Surbek D, et al. Incidence of preeclampsia in pregnant Swiss women. *Swiss Med Wkly*. 2015 July; 145:w14175. Doi: [10.4414/smw.2015.14175](https://doi.org/10.4414/smw.2015.14175)

17. Linhares JJ, Macêdo NMQ, Arruda GM, Vasconcelos JLM, Saraiva TV, Ribeiro AF. Factors associated with mode of delivery in women with pre-eclampsia. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(6):259-63. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-720320140004812>

18. Ali SMJ, Khalil RA. Genetic, immune, and vasoactive factors in the vascular dysfunction associated with hypertension in pregnancy. *Expert Opin Ther Targets*. 2015 Nov; 19(11):1495-515. Doi: [10.1517/14728222.2015.1067684](https://doi.org/10.1517/14728222.2015.1067684)

19. Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, Ray JG, High Risk of Pre-eclampsia Identification Group. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *BMJ*. 2016 Apr; 353:i1753. Doi: [10.1136/bmj.i1753](https://doi.org/10.1136/bmj.i1753).

20. Tangeras LH, Austdal M, Skrastad RB, Salvesen KA, Austgulen R, Bathen TF, et al. Distinct first trimester cytokine profiles for gestational hypertension and preeclampsia. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2015 Nov; 35(11):2478-85. Doi: [10.1161/ATVBAHA.115.305817](https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.115.305817)

21. Berhan Y. No hypertensive disorder of pregnancy; no preeclampsia-eclampsia; no gestational hypertension; no hellp syndrome. Vascular disorder of pregnancy speaks for all. *Ethiop J Health Sci*. 2016 Mar; 26 (2): 177-86. PMID: 27222631

22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico* [Internet]. 5th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 Nov 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf

23. Pacheco J. Preeclampsia: an intricate problem. *Diagnóstico (Perú)*. 2015 Oct/Dec 2017]; 54(4):193-8.

24. Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia fundamental*. 13rd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

25. Chiavegatto Filho ADP, Laurenti R. The vulnerable male, or the sex ratio among fetal deaths in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2012 Apr; 28(4):720-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400011>

Submissão: 10/11/2017

Aceito: 15/04/2018

Publicado: 01/06/2018

Correspondência

Antonio Rodrigues Ferreira Junior
Rua Emílio Sá, 560
Bairro Jardim Cearense
CEP: 60712-045 – Fortaleza (CE), Brasil