

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



# Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361  
DOI: 10.9789/2175-5361

## PESQUISA

**Morbidade materna pela doença hipertensiva específica da gestação: estudo descritivo com abordagem quantitativa**

Maternal morbidity by hypertensive disease specific of the pregnancy: a descriptive study of a quantitative approach

La morbilidad materna por la enfermedad hipertensiva específica del embarazo: un estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo

Amanda Fernandes do Nascimento da Cruz <sup>1</sup>, Bianca Dargam Gomes Vieira <sup>2</sup>, Ana Beatriz Azevedo Queiroz <sup>3</sup>, Valdecyr Herdy Alves <sup>4</sup>, Diego Pereira Rodrigues <sup>5</sup>, Keitt Martins Santos <sup>6</sup>

### ABSTRACT

**Objective:** identifying the profile of women with Specific Hypertensive Disease of Pregnancy treated at the University Hospital Antonio Pedro (HUAP). **Method:** a descriptive, retrospective study of a quantitative approach held at HUAP. **Results:** in 2011, 8% of hospitalizations in maternity HUAP were due to preeclampsia. The average age of patients was of 29 years old. Regarding the race/color, the main were mulatto, 57%. Regarding the parity, 30% were primiparous. The predominant medical diagnoses were Hypertension Not Classified 30% and Pre-eclampsia by 28%. **Conclusion:** specific hypertension in pregnancy is a major cause of maternal mortality, and knowledge about the profile of the population allows midwifery can play a key role in helping reduce maternal mortality. **Descriptors:** Hypertension, Pregnant women, Morbidity, Women's health, Prevalence.

### RESUMO

**Objetivo:** identificar o perfil das mulheres com Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), atendidas no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP). **Método:** estudo descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa realizado no HUAP. **Resultados:** no ano de 2011, 8% das internações na maternidade do HUAP foram decorrentes da DHEG. A idade média das pacientes foi de 29 anos. Referente à raça/cor houve predominância da cor parda, 57%. Quanto à paridade, 30% eram primigestas. Os diagnósticos médicos predominantes foram Hipertensão Arterial Não Classificada 30% e Pré-eclâmpsia, 28%. **Conclusão:** a DHEG é uma das principais causas de mortalidade materna, e o conhecimento a respeito do perfil da população permite que a enfermagem obstétrica possa exercer um papel fundamental no auxílio à redução da mortalidade materna. **Descritores:** Hipertensão, Gestantes, Morbidade, Saúde da mulher, Prevalência.

### RESUMEN

**Objetivo:** identificar el perfil de las mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo tratadas en el Hospital Universitario Antonio Pedro (Huap). **Método:** un estudio descriptivo, retrospectivo, con enfoque cuantitativo celebrado en HUAP. **Resultados:** en 2011, el 8% de las hospitalizaciones en HUAP maternidad se debieron a la preeclampsia. La edad media de los pacientes fue de 29 años. Relacionados con la raza/color, predominaba el mulato, con 57%. En cuanto a la paridad, el 30% eran primíparas. Los diagnósticos médicos predominantes fueron hipertensión no clasificadas 30% y preeclampsia en un 28%. **Conclusión:** a HDP es una de las principales causas de la mortalidad materna, y el conocimiento acerca del perfil de la población permite la partería poder desempeñar un papel clave para ayudar a reducir la mortalidad materna. **Descriptor:** Hipertensión, Mujeres embarazadas, La morbilidad, Salud de la mujer, Predominio.

1 Enfermeira, Mestranda da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. Integrante do grupo de pesquisa: Maternidade, Saúde da Mulher e da Criança. E-mail: amandafernandesnc@gmail.com 2 Enfermeira, Doutoranda pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. Integrante da Linha Pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher: concepção e contracepção. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: biadargam@gmail.com 3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Líder da Linha Pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher: concepção e contracepção. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: anaqueiroz@oi.com.br 4 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Professor Titular do Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. Líder do grupo de pesquisa: Maternidade, Saúde da Mulher e da Criança. E-mail: herdyalves@yahoo.com.br 5 Enfermeiro, Mestre em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. Integrante do grupo de pesquisa: Maternidade, Saúde da Mulher e da Criança. E-mail: diego.pereira.rodrigues@gmail.com 6 Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: martinsksbb@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

**A** mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. Os índices de mortalidade nestes países são alarmantes. Um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos.<sup>1</sup>

Ainda segundo a OMS, a mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.<sup>2</sup>

O Ministério da Saúde (MS) divulgou dados em 2011 que sugerem a maior redução em termos absolutos nos índices de mortalidade materna no Brasil desde 2002. O primeiro semestre registrou uma queda de 19%, comparado ao ano de 2010.<sup>3</sup> Embora diversas políticas públicas tenham sido criadas para melhorar a qualidade de vida da mulher durante seu período gestacional e puerperal, bem como para detectar precocemente alterações patológicas que venham a ocorrer nessa fase, ainda observamos que os dados estatísticos não indicam redução satisfatória dessas complicações.<sup>4</sup>

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação ou síndromes hipertensivas permanece como uma das principais causas de morte materna direta no Brasil, apresentando proporção elevada nas regiões Norte e Nordeste em relação ao Sudeste, Sul e Centro-Oeste.<sup>5</sup>

A classificação das Doenças Hipertensivas Específicas da Gestação (DHEG) em relação a sua etiologia pode ser dividida em: Hipertensão Arterial Crônica; Pré-eclâmpsia, Pré-eclâmpsia leve, Pré-eclâmpsia grave, Eclâmpsia; Pré-eclâmpsia superposta e Hipertensão Gestacional.<sup>6</sup>

A hipertensão arterial crônica (HAC) é observada antes da gravidez, ou 20 semanas antes da gestação, ou ainda diagnosticada pela primeira vez antes a gravidez e não se resolve até 12 semanas após o parto. Pode ser definida pela persistência da pressão arterial igual ou maior que 140/90 mmHg. Já na hipertensão gestacional, a pressão arterial retorna ao normal em até 12 semanas após o parto.<sup>7</sup>

A pré-eclâmpsia é uma doença bastante peculiar, uma vez que ocorre principalmente em primigestas. Em países desenvolvidos ela é vista em cerca de 6% das gestantes sendo 2 ou 3 vezes maior em países subdesenvolvidos. Esta patologia manifesta depois da 20ª semana

desaparecendo dias após o parto. Suas apresentações clínicas podem ser definidas pelo desenvolvimento gradual de hipertensão, proteinúria e edema generalizado. Enquanto a classificação pode ser considerada em leve e grave, de acordo com o grau de comprometimento.<sup>8</sup>

A eclâmpsia é uma das evoluções mais severa da DHEG caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causado por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato.<sup>9</sup>

A pré-eclâmpsia classificada como superposta ou sobreposta à hipertensão crônica, surge em mulheres hipertensas crônicas ou com doença renal. Nessas gestantes, essa condição se agrava, e a proteinúria surge ou piora no último trimestre, sendo um diagnóstico desfavorável em relação às outras condições encontradas isoladamente.<sup>10</sup>

As complicações oriundas da DHEG estão associadas a um maior risco materno, aumento da morbidade fetal e neonatal, prematuridade induzida, baixo peso ao nascer e sofrimento fetal.<sup>11</sup>

O presente estudo objetiva identificar o perfil das mulheres atendidas no período de um ano na maternidade do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, portadoras de Doença Hipertensiva Específica da Gestação; assim como a relação desta morbidade com as seguintes variáveis: Idade, raça/cor, paridade, diagnóstico médico, antecedentes pessoais, gestações anteriores e complicações clínicas.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no setor do arquivo médico do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), vinculado a Universidade Federal Fluminense, localizado na Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, no município de Niterói. O estudo em questão utilizou à pesquisa documental através da análise do livro de internação da maternidade e da identificação dos prontuários pertinentes à pesquisa.

A população do estudo foi constituída de 61 mulheres com diagnóstico de DHEG. Quanto aos critérios de inclusão foram selecionados os prontuários do período de janeiro à dezembro de 2011, de mulheres internadas no setor da maternidade com diagnóstico de DHEG e como critério de exclusão os prontuários que não atenderam ao período delimitado do estudo, o setor de internação estabelecido, à patologia estudada e não possuíam o registro completo das variáveis de interesse da pesquisa

A coleta de dados aconteceu no mês de julho de 2013. Para isso, utilizou-se um instrumento próprio para identificação das variáveis: idade, raça/cor, paridade, diagnóstico médico, antecedentes pessoais e complicações clínicas. As informações de cada prontuário eram transcritas para o instrumento após a avaliação do mesmo.

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica do aplicativo Microsoft Office Excel 12.0 (Office 2007), e tratados através de análise quantitativa simples. Buscando a identificação da frequência de internações realizadas na maternidade por DHEG, dentro do recorte temporal estipulado, assim como o cruzamento das variáveis. Após a identificação os dados foram confrontados com a literatura pertinente à temática.

Atendendo aos critérios bioéticos que regem a pesquisa com seres humanos, submeteu-se o estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, sendo expedida a autorização e liberação para o início da coleta de dados em julho de 2013, sob o número de protocolo 337.178.

Para a análise e discussão dos dados, foi utilizada como base a apresentação do Ministério da Saúde<sup>12</sup> que identifica a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) como: Hipertensão Crônica; Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia, Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, Hipertensão Gestacional e Hipertensão Arterial Não Classificada.<sup>13</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de janeiro a dezembro de 2011, foram internadas na maternidade do HUAP, 802 mulheres, desse quantitativo foi identificado 75 prontuários de pacientes atendidas com o diagnóstico de DHEG. Porém após análise trabalhou-se com 61 prontuários, que representou 8% das internações do período delimitado estabelecido na pesquisa.

Em relação à faixa etária das mulheres identificou-se 3 casos de mulheres internadas por DHEG na faixa etária de 12-18 anos (5%), 17 entre 19-25 anos (28%), 26 entre 26-32 anos (43%), representando o maior número de casos nesse quesito, 10 entre 33-39 anos (16,4%), 5 entre 40-46 anos (8%).

No que concerne à raça/cor identificou-se 35 mulheres pardas (57%), 15 brancas (25%), e 11 negras (18%), notando-se a predominância da cor parda.

Em relação à paridade das pacientes, 18 eram primigestas (30%), 16 secundigestas (26%), 12 tercigestas (20%), 12 quartigesta(20%), 2 quintigesta (3%) e uma 1 (2%) multigesta.

De acordo com cada faixa etária identificou-se que entre as pacientes de 12-18 anos a média foi de 1,3 gestações, entre 19-25 foi de 2 gestações, de 26-32 anos foi de 2,5 gestações, entre 33-39 anos aumentou para 3,5 gestações e de 40-46 a média foi de 2 gestações.

Referente à paridade por raça/cor, das 61 mulheres da pesquisa, 57,4% são pardas e possuem a média da paridade de 2,5. As 24,6% brancas e apresentaram média de 2,6. Entre as 18% negras, a média da paridade foi de 2. Sendo as paridades das mulheres brancas e negras, respectivamente, a mais e a menos expressivas em relação à DHEG. Não foi encontrado relação entre o cruzamento das variáveis paridade e raça/cor.

Quanto aos diagnósticos médicos (*Figura 1*) encontrados em prontuários referentes à DHEG, foram identificados os de: Pré-eclâmpsia, Hipertensão Crônica, Pré-eclâmpsia

sobreposta a Hipertensão Crônica, Hipertensão Gestacional e Hipertensão Arterial Não Classificada (HANC).

Figura 1: Diagnósticos médicos da maternidade do Hospital Antônio Pedro

Diagnósticos Médicos	N	(%)
HANC	18	29,5
Hipertensão Crônica	16	26,2
Hipertensão Gestacional	5	8,2
Pré-eclâmpsia	17	27,9
Pré-eclâmpsia Sobreposta à Hipertensão Crônica	5	8,2
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Livro de internação da maternidade do HUAP/UFF, ano de 2011, 2013.

Foram encontrados 18 diagnósticos de HANC (29,5%), 16 de hipertensão arterial crônica (26,2%), 17 de pré-eclâmpsia (27,9%), 5 de pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica (8,2%) e 5 de hipertensão gestacional (8,2%). Entre as 17 pacientes que receberam o diagnóstico de pré-eclâmpsia, 9 foram classificadas portadoras de pré-eclâmpsia grave, ou seja, 53% dos casos.

A análise dos diagnósticos médicos em relação à idade das pacientes demonstra que na faixa etária de 12-18 anos a HANC significa 100% dos casos. O diagnóstico de hipertensão crônica é predominante na faixa etária de 19-25, representando 24% dos casos, aumentam entre 26-32 para 31% e na faixa etária de 33-39 anos significa 30% dos casos. O diagnóstico de pré-eclâmpsia é significativo na faixa etária de 33-39 anos, assim como na de 40-46, sendo 40% em ambas as faixas etárias.

Quanto ao diagnóstico em relação à raça/cor observou-se predominância de HANC na cor branca, 47%, seguido de pré-eclâmpsia, 27%. Na cor parda o diagnóstico de pré-eclâmpsia aumenta para 31% e a hipertensão crônica representa 29%. Na raça negra é predominante o diagnóstico de hipertensão crônica 28% e a pré-eclâmpsia em 18% dos casos.

Em relação ao diagnóstico por paridade percebeu-se a predominância de HANC nas primigestas. A partir da segunda paridade permanece elevada a diagnose de HANC, sendo 37% dos casos, junto com a pré-eclâmpsia e hipertensão crônica, indicando 25% respectivamente. Na terceira paridade aumenta para 42% dos casos de hipertensão crônica e 33% de pré-eclâmpsia. Na quarta paridade a hipertensão crônica representa 50%, seguido da pré-eclâmpsia, 25% dos casos. A pré-eclâmpsia na quinta paridade e HANC representam 50% dos casos respectivamente. A hipertensão gestacional representa 100% dos casos na sexta paridade.

Buscou-se identificar os antecedentes pessoais no prontuário das pacientes, rastreando através das evoluções médicas, de enfermagem e dados do pré-natal. Os antecedentes encontrados foram: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica (HAS), hipertensão crônica (HC), cardiopatia, obesidade e pré-eclâmpsia em gestações anteriores.

A ausência de antecedentes pessoais foi predominante, sendo 42% dos casos. A HAS apareceu em 16% isoladamente, e em conjunto com outras morbidades, como a obesidade, 2% dos casos, a obesidade e cardiopatia com 2%, e pré-eclâmpsia em gestações anteriores também com 2%. A pré-eclâmpsia em gestações anteriores apontou em 16% dos casos, apresentando-se somada à HAS, 2%, bem como a HC com 2% dos casos. A Hipertensão arterial

cônica e a obesidade aparecem associadas a outros antecedes em 8% e 6% dos casos respectivamente.

Em relação ao cruzamento das variáveis antecedentes pessoais e faixa etária, 100% das mulheres internadas com idade entre 12-18 anos não possuíam antecedentes de quadro hipertensivo. Entre 19-25 anos, identificou-se que 18% apresentaram HAS e pré-eclâmpsia em gestações anteriores respectivamente.

Entretanto na idade entre 26-32 anos, observou-se o aumento de mulheres que sofreram de pré-eclâmpsia em gestações anteriores, 23% dos casos isoladamente, e em conjunto com HAS e HC. Na faixa etária de 33-39 anos, 30% foi predominante a HAS, isoladamente e associada à obesidade e 10% de HC e obesidade respectivamente. Entre 40-46 anos, 20% dos casos foram de diabetes mellitus e 20% de HC.

Quanto aos antecedentes pessoais em relação à raça/cor, as mulheres brancas, 33%, não possuíam histórico de quadro hipertensivo, 27% destas foram diagnosticadas com pré-eclâmpsia em gestações anteriores e 20% eram obesas. As de cor parda, 43%, não possuíam antecedentes de quadro hipertensivo, 23% apresentavam HAS e 11% sofreram de pré-eclâmpsia em gestações anteriores isoladamente e em conjunto com HC. Na raça negra 18% das pacientes manifestaram pré-eclâmpsia em gestações anteriores, isoladamente, e em conjunto com HAS.

No total dos 61 prontuários das mulheres internadas acometidas por DHEG, apenas 4 casos (7%) foram descritos com o desenvolvimento de complicações.

Estudos mostram que a incidência das Síndromes Hipertensivas varia de 2 a 8% das gestações, nos países desenvolvidos, podendo no Brasil chegar a 10% ou mais. Encontrando-se entre as principais causas de morte materna no Brasil e a terceira causa no mundo, cursando também com elevada taxa de morbimortalidade perinatal.<sup>10</sup>

A porcentagem de internação por DHEG identificada no ano de 2011 na maternidade do HUAP correspondeu a 8%, estando de acordo com a literatura supracitada.

Em relação às características da Doença Hipertensiva Específica da Gestação, das mulheres atendidas na maternidade do HUAP/UFF, identificando a frequência das variáveis: idade, raça/cor, paridade, diagnóstico médico, antecedentes pessoais, gestações anteriores, complicações clínicas e suas inter-relações.

No que concerne à idade identificou-se que a faixa etária média das pacientes atendidas com diagnóstico de DHEG foi de aproximadamente 29 anos. O presente resultado confere com a idade fértil e reprodutiva das mulheres brasileiras estabelecida pelo Ministério da Saúde, sendo de 10 a 49 anos.<sup>14</sup>

Há estudos que apontam a idade materna como fator de risco determinante para o desenvolvimento da DHEG, ressaltando os seus extremos de, ou seja, mulheres com faixa etária inferior a 18, e superior a 35, 40 anos.<sup>15</sup>

Nesse contexto, a faixa etária do grupo estudado variou entre 15 e 46 anos, ou seja, as gestações que ocorrem nos extremos da idade reprodutiva colaboraram para o risco de desenvolvimento da DHEG no ciclo gravídico puerperal.

Em relação à paridade a maioria das mulheres é primigesta, representando 30% dos casos. Quando relacionou-se a paridade com a idade materna, identificou-se que na faixa etária de 12-18 anos as pacientes apresentaram média de 1,33 de paridade.

No que concerne à história reprodutiva, embora qualquer gestante possa desenvolver síndromes hipertensivas, algumas correm mais risco, como as primigestas, mulheres jovens, ou com idade superior a 35, 40 anos.<sup>16</sup>

Referente à raça/cor houve a predominância de mulheres pardas. Deve-se levar em consideração que esta questão no Brasil sofre influências culturais, onde a população se autodenomina de uma determinada raça/cor, além de ser marcada pela grande miscigenação.

Quanto aos diagnósticos médicos encontrados, percebeu-se a predominância da HANC, da pré-eclâmpsia e da hipertensão crônica.

A HANC é caracterizada quando a primeira consulta de pré-natal for superior a 20 semanas, a idade gestacional é duvidosa ou ignorada, mas clinicamente superior a 20 semanas, há existência de história clínica com informações inconclusivas para diagnóstico de Hipertensão Arterial Crônica.<sup>17</sup>

A predominância da HANC em relação à faixa etária no referido estudo se deu no extremo das idades, ou seja, 12-18 e 40-46 anos.

O diagnóstico de HANC não é apontado entre a classificação da DHEG pelo Ministério da Saúde em literatura atualizada. Porém o estudo optou por usar a classificação do Ministério da Saúde de 2000 e 2010, uma vez que as mulheres internadas na maternidade do HUAP obtiveram expressivamente o referido diagnóstico.<sup>18</sup>

Em relação ao diagnóstico médico e faixa etária identificou-se a pré-eclâmpsia nas mulheres com idade entre 33-46 anos. A HC apareceu significativamente nas pacientes entre 19 e 39 anos.

Quanto à relação dos diagnósticos médico com a raça/cor houve a predominância da HANC nas mulheres brancas, seguido do diagnóstico de pré-eclâmpsia, 47% e 27% respectivamente. Na cor parda o diagnóstico de pré-eclâmpsia aumentou para 31% dos casos, e a HC representou 29%. Referente à raça negra a HC significou 28% dos casos e a pré-eclâmpsia 18%. Mesmo a raça negra em menor número absoluto, no total de 11 mulheres identificadas, notou-se o quantitativo expressivo de casos de HC.

Estudos apontam que a principal causa de morte no Brasil em 2010 foram as doenças do sistema circulatório, incluindo a hipertensão arterial, as doenças cardiovasculares decorrentes desta, as doenças renais e o acidente vascular cerebral. Neste grupo estão as principais causas de morte de mulheres negras (pretas e pardas) e indígenas, e entre os principais agravos ginecológicos e obstétricos estão a pré-eclâmpsia e eclâmpsia.<sup>18,19</sup>

Quanto a relação das variáveis diagnósticos médico e paridade, observou-se na primeira paridade a predominância do diagnóstico de HANC e o surgimento de hipertensão crônica e pré-eclâmpsia a partir da segunda paridade, que aumenta nas múltiplas.

Os antecedentes pessoais das mulheres internadas na maternidade do HUAP encontravam-se de acordo com a literatura utilizada no estudo, sendo predominante a pré-eclâmpsia em gestações anteriores.<sup>20</sup>

Quando relacionou-se os antecedentes pessoais com a idade das pacientes, observou-se o quantitativo expressivo de pré-eclâmpsia em gestações anteriores na faixa etária de 26-32 anos. A presença de hipertensão arterial sistêmica foi encontrada com predominância nas mulheres entre de 33-39 anos.

Em relação aos antecedentes pessoais e raça/cor observou-se que entre as mulheres pardas e negras, ambas possuem respectivamente 9% dos casos de hipertensão crônica isoladamente, entretanto esse número sobe quando relaciona-se a outros antecedentes. Na raça branca esse quantitativo é inferior a 7% dos casos. E quanto à pré-eclâmpsia em gestações anteriores a raça/cor preta possui mais casos em relação à parda, porém inferior à raça branca.

As mulheres acometidas por complicações 50% estavam acima dos 40 anos. Quanto à raça/cor 50% eram brancas. Somente uma era primípara. Em relação aos antecedentes pessoais foi identificado obesidade. Entre as complicações cada uma recebeu o respectivo diagnóstico: eclâmpsia, pré-eclâmpsia no puerpério, síndrome HELLP e edema agudo do pulmão.

O quantitativo das complicações clínicas não foi significativo para a co-relação mais aprofundada com as outras variáveis, porém está de acordo com o embasamento teórico utilizado para nortear este estudo. O achado também pode ter sido mascarado pela falta de registros adequados nos prontuário.

## CONCLUSÃO

Diante dos resultados encontrados pôde-se apresentar o quantitativo de mulheres atendidas portadoras de DHEG no período de um ano, assim como o perfil das mesmas. Evidenciou-se que o quantitativo de mulheres internadas com o diagnóstico de Doença Hipertensiva Específica da Gestação no ano de 2011 na instituição de saúde pública estudada foi de 8% dos casos.

De acordo com a análise das variáveis de interesse do estudo encontrou-se os seguintes dados: a idade média das pacientes foi de 29 anos; predominância da cor parda (57%); sendo a maioria primíparas (30%); e os diagnósticos médico predominantes foram à hipertensão arterial não classificada (30%), pré-eclâmpsia (28%) e hipertensão crônica (26%).

A HANC como já citada no texto, não está em literatura atualizada no Ministério da Saúde no que tange a classificação da DHEG. Porém diante da expressividade deste diagnóstico médico, o seu uso ainda comum na prática clínica.

Dessa forma, o estudo mostra a sua importância dentro de um serviço público, especialmente em um hospital federal, em que exhibe a sua relevância quanto as variáveis encontradas para doença hipertensiva específica da gestação, necessitando de estratégias eficazes em políticas públicas para o acompanhamento das mulheres ainda no período pré-natal.

Assim, tem a necessidade de novos estudos científicos com base para construir um conhecimento e trazer dados relevantes para que possa contribuir com a população, e mudanças de práticas no cuidado na saúde da mulher.



## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Manual dos comitês de mortalidade materna. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. [citado 2013 outubro 11]. Disponível em: URL: <http://www.redesaude.org.br/portal/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/normastecnicas/00.pdf>
2. Ministério da Saúde (Br). Revista do observatório Brasil de igualdade de gênero. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado 2013 outubro 11]. Disponível em: URL: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/revista-observatorio2-30-11-final1.pdf>
3. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de vigilância em saúde. Volume 43, n° 1-2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado 2013 outubro 11]. Disponível em: URL: [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/bolepi\\_vol\\_43\\_n1.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/bolepi_vol_43_n1.pdf)
4. Moraes JL, Oliveira AS, Herculano MMS, Costa CC, Damasceno AKC. Prevalence hypertensive syndrome gestational in maternity reference: descriptive study. Online braz. j. nurs. [periódico online]. 2010; [citado 23 out 2013]. 9(2): Available from: URL: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2971>
5. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de vigilância em saúde. Volume 43, n° 1-2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado 2013 outubro 11]. Disponível em: URL: [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/bolepi\\_vol\\_43\\_n1.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/bolepi_vol_43_n1.pdf)
6. Moura ERF, Oliveira CGS, Damasceno AKC, Pereira MMQ. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia\*. Cogitare enferm. 2010; [citado 23 out 2013]. 15(2):250-5. Available from: URL: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/17855/11650>
7. Montenegro CAB, Rezende J. Obstetrícia fundamental. 12ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2011.
8. Aguiar MIF, Freire PBG, Cruz IMP, Linard AG, Chaves ES, Rolim ILTP. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. Rev. RENE. 2010; 11(4): 66+75.
9. Novo JLVG, Gianini RJ. Eclampsia as a cause of maternal mortality. Rev. bras. saúde matern. infant. 2010; 10(2): 209-17.
10. Scopel D, Ramos LR, Victorino MR, Carraro PG, Lavado MM. Clinical and laboratory markers for preeclampsia pregnancy. ACM arq. catarin. med. 2012; 41(2): 15-19.
11. Cabral ACV, Reis ZN, Pereira AK, Leite HV, Rezende CAL. Guia de bolso de obstetrícia. São Paulo (SP): Atheneu; 2010.
12. Ministério da Saúde (Br). Gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. [citado 2013 outubro 11]. Disponível em: URL: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/070.pdf>
13. Ministério da Saúde (Br). Manual técnico de gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado 2013 outubro 11]. Disponível em: URL: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)
14. Ministério da Saúde (Br). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [citado 2013 dezembro 12]. Disponível

- em: URL:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)
15. Ministério da Saúde (Br). Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [citado 2013 dezembro 12]. Disponível em: URL:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd11\\_03estudo\\_mortalidade\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd11_03estudo_mortalidade_mulher.pdf)
16. Amaral TW, Peçaroli CJ. Risk factors related to preeclampsia. *Comm Health Sciences*. 2011; 22(Supl):S161-S8.
17. Azeredo MFP. Repercussões da violência sob a gestação percebidas pelas gestantes com síndromes hipertensivas [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
18. Articulação de Organização de Mulheres Negras Brasileiras. Saúde da mulher negra: guia para a defesa dos direitos das mulheres negras [internet] 2012 [citado 2013 outubro 16]. Disponível em: URL: [http://www.globalrights.org/site/DocServer/Saude\\_Da\\_Mulher\\_Negra.pdf?docID=14083](http://www.globalrights.org/site/DocServer/Saude_Da_Mulher_Negra.pdf?docID=14083).
19. Sampaio TAF, Santana TD, Hanzelmann RS, Santos LFM, Montenegro HRA, et. al. Nursing care provided to a women with gestational hypertension and preeclampsia. *Rev Saúde Física & Mental* [periódico online]. 2013; [citado 23 out 2013]. 2(1): Available from: URL: <http://www.uniabeu.edu.br/publica/index.php/SFM/article/view/791/830>.
20. Brandão AA, Celso A, Nobre F. Hipertensão. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier, 2013.

Recebido em: 24/12/2014  
Revisões requeridas: Não  
Aprovado em: 08/01/2016  
Publicado em: 03/04/2016

Endereço de contato dos autores:  
Diego Pereira Rodrigues  
E-mail.:enf.diego.2012@gmail.com