

DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO: PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO

SILVA, Mayara Dumke¹
PONTUAL, Marcelo Cardoso²

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo analisar as características clínicas e epidemiológicas das gestantes que apresentaram pré-eclâmpsia e compará-las com a literatura. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, sob o número CAAE 71093417.7.0000.5219. Foram coletados dados em prontuários físicos de gestantes que tiverem o diagnóstico de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Os dados foram computados em planilha do Microsoft Excel 2016, analisados e comparados com os obtidos na literatura. Foi obtido o consentimento das pacientes para a utilização dos dados presentes no prontuário médico. Identificou-se um total de 363 prontuários físicos de pacientes diagnosticadas com DHEG, dessas 29% com pré-eclâmpsia leve, 45% moderada e 26% grave. Os fatores de risco verificados foram primiparidade (40%), idade materna maior que 30 anos (35%), DHEG prévia (8%), Diabetes Mellitus (8%), Hipertensão arterial crônica (3%), gemelaridade (4%) e obesidade (2%). Entre as complicações encontradas a mais prevalente foi a prematuridade (10,74%) e as mais graves foram o óbito neonatal (1,10%) e o óbito intrauterino (0,55%), felizmente não ocorreu nenhum óbito materno no período decorrente de pré-eclâmpsia. Dada a magnitude dessa doença, faz-se necessário mais pesquisas a respeito com intuito de prevenir a pré-eclâmpsia, conhecendo seus fatores de risco e a sua possível causa, além de um tratamento adequado prevenindo as complicações maternas e fetais.

PALAVRAS-CHAVE: Pré-eclâmpsia. Gestação de alto risco. Enfermaria obstétrica. Saúde da mulher.

SPECIFIC HYPERTENSIVE DISEASE OF GESTATION: CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE

ABSTRACT

The present article aims to analyze the clinical and epidemiological characteristics of pregnant women who presented pre-eclampsia and compare them with the literature. The research was approved by the Research Ethics Committee of the University Hospital of the Western Paraná and by the Research Ethics Committee of the University Center of the Assis Gurgacz Foundation under the number CAAE 71093417.7.0000.5219. Data were collected in physical records of pregnant women diagnosed with pregnancy-specific hypertensive disease (DHEG) from January 2015 to December 2016. Data were computed in a Microsoft Excel 2016 worksheet, analyzed and compared to those obtained in the literature. The patient's consent was obtained in order to use the data, present in the patient's medical records. A total of 363 physical records of patients diagnosed with DHEG were identified, of those 29% with mild pre-eclampsia, 45% moderate and 26% severe. The risk factors verified were: primiparity (40%), maternal age greater than 30 years (35%), previous DHEG (8%), Diabetes Mellitus (8%), chronic hypertension (3%), gemelarity (4%) and obesity (2%). Among the complications found the most prevalent was prematurity (10.74%) and the most serious were neonatal death (1.10%) and intrauterine death (0.55%), fortunately no maternal death occurred in the ensuing period of pre-eclampsia. Given the magnitude of this disease, more research is needed to prevent preeclampsia, knowing its risk factors and possible cause, as well as adequate treatment to prevent maternal and fetal complications.

KEYWORDS: Pre-eclampsia. High risk pregnancy. Obstetric ward. Women's health.

¹ Acadêmica do 8º período de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. E-mail: mayaradumke@hotmail.com

² Docente do curso de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. E-mail: drmarcelopontual@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), também conhecida como pré-eclâmpsia, é caracterizada por hipertensão, proteinúria e edema, em gestante com mais de 20 semanas de gestação. Essa doença faz parte das síndromes hipertensivas da gestação e é a terceira causa de mortalidade materna no mundo e a primeira causa de mortalidade materna no Brasil.

Sua fisiopatologia ainda é incerta, o que dificulta o seu diagnóstico e tratamento específico, sendo que a única cura que existe atualmente é a interrupção da gestação, o que resulta em aumento da prematuridade e suas respectivas complicações.

Com isso, o presente artigo tem como objetivo analisar as características clínicas e epidemiológicas das gestantes que apresentaram pré-eclâmpsia nos anos de 2015 a 2016 atendidas no Hospital Universitário do Oeste do Paraná em Cascavel-PR, identificadas em prontuários físicos, e comparadas com a literatura.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados no Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP de Cascavel, Paraná, no período de julho a setembro de 2017, por meio de levantamento de prontuários de gestantes diagnosticadas com doença hipertensiva específica da gestação de janeiro de 2015 a dezembro de 2016.

A pesquisa foi realizada de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos preconizado pela Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), após a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, e foi aprovado sob o número CAAE 71093417.7.0000.5219.

Após a identificação dos prontuários das gestantes diagnosticadas com DHEG dentro do limite estabelecido por essa pesquisa, o pesquisador contatou cada uma das pacientes a fim de ter o consentimento dessas para a utilização dos dados presentes no prontuário médico.

Os dados coletados foram: idade materna; nulíparidade ou multíparidade; pré-eclâmpsia prévia; comorbidades prévias; idade gestacional; gemelaridade; parto vaginal ou cesárea; e dados sobre as complicações apresentadas. Após isso, os dados foram computados em planilha do

Microsoft Excel 2016, para a posterior análise. Sendo, então, comparados com os dados encontrados na literatura.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A pré-eclâmpsia (Doença Hipertensiva Específica da Gestação/DHEG ou toxemia gravídica) é uma síndrome específica da gestação que afeta muitos órgãos, caracterizada pela tríade hipertensão (pressão sistólica maior ou igual a 140 e/ou pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg), proteinúria (maior ou igual a 300 mg/24h) e edema, iniciada após 20 semanas de gestação, em mulheres com pressão arterial normal prévia. (FERREIRA *et al*, 2015; MARTINEZ *et al*, 2014; COSTA, 2014; MATHIAS, 2016)

Segundo Santos (2015), clinicamente, a DHEG caracteriza-se pelo aparecimento, em grávida normotensa após a 20^a semana da gestação, de hipertensão acompanhada de um ou mais dos seguintes sintomas: proteinúria, insuficiência renal, doença hepática, problemas neurológicos, distúrbios hematológicos e restrição de crescimento.

Em países desenvolvidos estudos mostram que a incidência das Síndromes Hipertensivas varia de 2 a 8% das gestações, e no Brasil pode chegar a 10% ou mais. (SCOPEL *et al*, 2012) Já de acordo com Bergamo *et al* (2014), em países em desenvolvimento a incidência de pré-eclâmpsia é sete vezes maior, e a evolução para eclampsia é aumentada em três vezes.

Em 2013, segundo dados do SIM (Sistema de Informações de Mortalidade), o número total de morte materna no país foi de 1142 mortes/ano. Entre as causas, a hipertensão foi a principal causa de morte obstétrica direta, seguida das hemorragias, infecções puerperais e abortos. (DATASUS, 2013) Sendo assim, os distúrbios hipertensivos da gestação são a principal causa de morte materna em todas as faixas etárias, totalizando 20% do total de óbitos maternos. (FERREIRA *et al*, 2015; FREITAS *et al*, 2011)

Cruz (2016), ainda afirma que as síndromes hipertensivas são as principais causas de morte materna no Brasil e a terceira causa no mundo. Sabe-se ainda que mais de 10% das mulheres irão desenvolver pré-eclâmpsia na sua primeira gestação. (HENTZSCHKE, 2014)

A gravidade da doença varia entre leve, grave e formas fulminantes. A leve é definida pela presença de pressão arterial maior ou igual a 140x90 mmHg e abaixo de 160x110 mmHg em pelo menos 2 ocasiões, com intervalo de 4 horas ou mais, acompanhada de proteinúria de 24 horas acima de 300 mg. A grave caracteriza-se por pressão arterial sistólica maior ou igual a 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 110 mmHg, em no mínimo duas ocasiões, associada à

proteinúria de 24 horas maior ou igual a 5 g, podendo apresentar sintomas visuais ou cerebrais, epigastralgia, edema agudo pulmonar e alterações laboratoriais. (LINHARES *et al*, 2014; SANTOS, 2015)

Nas formas fulminantes, os sintomas clínicos são mais acentuados e incluem cefaleia intensa, distúrbios visuais, edema pulmonar, falência renal aguda com oligúria menor ou igual a 500 ml em 24 horas e as alterações hemostáticas são ainda mais pronunciadas, podendo evoluir para eclâmpsia. (SANTOS, 2015)

Sendo que a eclâmpsia é a evolução mais severa da hipertensão gestacional, e é caracterizada por convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causado por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva, sendo que essa pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato. (NOVO e GIANINI, 2010)

De acordo com Hentschke (2014, p. 12),

A suspeita diagnóstica de síndrome de pré-eclâmpsia (SPE) também existe quando o aumento da pressão está acompanhado dos seguintes sintomas: cefaleia, borramento visual e escotomas, dor abdominal e, ainda, alterações laboratoriais, como a hemólise, a baixa contagem de plaquetas e a alteração e de enzimas hepáticas, configurando a síndrome HELLP.

Sendo assim, na ausência da proteinúria, preconiza-se uma avaliação sindrômica da paciente em busca de sintomas sugestivos, tais como: cefaleia, turvação visual, dor abdominal, edema pulmonar, ou de exames laboratoriais alterados – plaquetopenia e elevação das enzimas hepáticas. (BERGAMO *et al*, 2014; MARTINEZ *et al*, 2014)

Em estudo realizado por Martinez *et al* (2014), cerca de 20 a 30 % das pacientes com DHEG têm função hepática alterada enquanto que as concentrações de bilirrubina raramente aumentam. No estudo, as concentrações de ALT/TGP e AST/TGO foram significativamente superiores, demonstrando que ocorre um dano hepático, devido à deposição de fibrina encontrada ao longo das paredes de sinusóides hepáticos e à redução do fluxo sanguíneo hepático, que pode levar a isquemia e a hemorragia periportal. Enquanto que a contagem de plaquetas foi significativamente inferior no grupo de gestantes com pré-eclâmpsia, evidenciando a plaquetopenia.

Também neste estudo foram encontradas concentrações séricas superiores de creatinina, ureia e ácido úrico no grupo com a doença, sugerindo que a glomeruloendoteliose e o vasoespasmo causam uma redução de 30% na taxa de filtração glomerular, resultando em aumento das concentrações séricas desses metabólicos. (MARTINEZ *et al*, 2014)

Segundo Santos (2015),

A pré-eclâmpsia é uma doença multissistêmica na qual é observada disfunção endotelial com aumento da resistência vascular periférica e ativação da coagulação. Essas alterações geram insuficiência placentária, com repercussão nas funções nutritiva e respiratória do trofoblasto.

No entanto, a sua fisiopatologia ainda é desconhecida. Atualmente existem quatro teorias mais aceitas, as quais provavelmente atuam de forma conjunta. Uma delas, é a teoria de implantação anormal da placenta no leito uterino, devido à ausência da segunda onda trofoblástica. Há também a teoria da má adaptação imune e a teoria de suscetibilidade genética. (BERGAMO *et al*, 2014)

Porém, de acordo com Bergamo *et al* (2014), a hipótese mais aceita, atualmente, é a teoria de danos pelo estresse oxidativo, em que ocorre acúmulo de lipídios oxidados que podem inibir a invasão trofoblástica e influenciar o desenvolvimento da placenta, o metabolismo e o transporte lipídico, podendo afetar as vias de desenvolvimento fetal.

Alguns estudos sugeriram a existência de aspectos imunogenéticos com possível implicação do gene da síntese do óxido nítrico e do sistema HLA (Human Leucocyte Antigens), considerados marcos iniciais no processo fisiopatológico. O que favoreceriam a má adaptação placentária, com falha da remodelação e da infiltração de células trofoblásticas nas arteríolas espiraladas e subsequente hipoperfusão do leito placentar. (NETO *et al*, 2010)

De acordo com Martinez *et al* (2014), os processos fisiopatológicos subjacentes a essa doença ocorrem em dois estágios. O primeiro, a placentação anormal, a deficiente invasão trofoblástica e a remodelação inadequada das artérias espiraladas causam redução da perfusão placentária. O segundo estágio refere-se a manifestações maternas sistêmicas que convergem para alteração da função vascular, o que pode resultar em danos em múltiplos órgãos.

A isquemia da circulação uteroplacentária ocasiona liberação de substâncias vasoativas na circulação materna, promovendo dano endotelial e consequente alteração de sua função. Essa lesão do endotélio leva a uma gama de mudanças na interface sangue-tecido, incluindo agregação placentária, ativação do sistema de coagulação, aumento da permeabilidade da parede do vaso e aumento da reatividade e do tono do músculo liso vascular. (NETO *et al*, 2010)

Como consequência final, ocorre vasoespasma arteriolar generalizado, levando a alterações funcionais e morfológicas em vários sistemas, principalmente o hepático, o renal e o cerebral, resultado na complexa manifestação clínica chamada pré-eclâmpsia, e a altas taxas de morbimortalidade. (NETO *et al*, 2010; LINHARES *et al*, 2014; MARTINEZ *et al*, 2014)

São vários os fatores de risco para a DHEG, dentre ele a idade materna acima de 30 anos, raça, tabagismo, sedentarismo, obesidade, diabetes mellitus, doenças crônicas, PE prévia,

hipertensão arterial crônica, história familiar de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, primiparidade, gestação com parceiro diferente e gemelaridade. (FERREIRA *et al*, 2015; COSTA, 2014)

Os riscos de maior evidência são primigestação; diabetes mellitus; gestação gemelar; irmã com DHEG; irmã, mãe ou avó com eclâmpsia; HAS crônica; DHEG sobreposta em gestação prévia; hidropsia fetal (não imune); gestação molar e nova paternidade. E os fatores de evidência média ou fraca – IMC maior ou igual a 25; idade materna > 40 anos; uso de ACHO de barreira; maior duração da atividade sexual (diminui risco); aborto prévio (diminui risco); ganho excessivo de peso; inseminação artificial; “homem de risco” (parceira anterior teve DHEG). (FREITAS, 2011, p. 525, *apud* SIBAI *et al*, 2005; CORREIA JUNIOR *et al*, 2009)

Segundo Ferreira *et al* (2015), a identificação do perfil sociodemográfico e clínico das gestantes com doença hipertensiva específica da gestação, no que se refere a determinantes de patologias, pode proporcionar o delineamento de vulnerabilidades e promover a intervenção precoce, com informações e educação em saúde, acompanhamento especializado em centros de referência, permitindo o diagnóstico precoce da DHEG/eclâmpsia e podendo diminuir a morbimortalidade materno-fetal.

De acordo com Neto *et al* (2010), acredita-se que o aumento da pressão arterial materna é um mecanismo compensatório para vencer a resistência uteroplacentária. Portanto, a redução da pressão arterial materna poderia promover a diminuição da pressão de perfusão uterina, levando à diminuição do fluxo com redução do aporte de oxigênio para o feto. No entanto, atualmente, sabe-se que apesar do uso de anti-hipertensivos pela gestante causar vasodilatação da artéria uterina, não ocorre diminuição da resistência da circulação placentária e não melhora o crescimento fetal.

A primeira opção para o tratamento nas emergências hipertensivas à gestante é a hidralazina por via endovenosa. Tendo como vantagem não ser maléfica ao feto, no entanto, deve-se manter atenção para reação adversa de taquicardia reflexa e hipotensão precipitada. Ainda pode ser usado o labetalol por via endovenosa ou a nifedipina por via oral. (LIMA *et al*, 2014; U.S. Department of Health and Human Services, 2004)

Já para a manutenção, os principais medicamentos utilizados via oral são metildopa, betabloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio. Sendo que a metildopa constitui a droga anti-hipertensiva mais bem estudada, segura, efetiva e considerada de primeira linha para o tratamento da hipertensão na gravidez. (NETO *et al*, 2010)

Outras medicações só devem ser utilizadas nos casos refratários, observando sempre as contraindicações e os cuidados específicos a administração de cada medicamento. Já o nitroprussiato de sódio, só deve ser utilizado em casos de parto iminente e quando não se consegue

fazer o controle pressórico com hidralazina por via endovenosa, de preferência a nível hospitalar devido a exigência de monitorização contínua. (LIMA *et al*, 2014)

No diagnóstico de pré-eclâmpsia grave antes das 34 semanas de gestação, a hospitalização deve ser imediata. Com uso de sulfato de magnésio para prevenção de convulsões, drogas anti-hipertensivas para o tratamento de emergência da hipertensão grave. Deve ser iniciado corticoterapia para acelerar a maturação pulmonar fetal. Avaliações clínicas e laboratoriais devem ser realizadas para análise das condições materno-fetais e a tomada de decisão sobre a antecipação do parto. (SIBAI e BARTON, 2007)

Em relação ao uso de anticonvulsivante, os estudos mostram uma maior eficácia do sulfato de magnésio em relação a outras drogas. Possui vantagem de não produzir depressão do sistema nervoso central e ter boa tolerância tanto materna como fetal. Por isso, é recomendado em todos os casos de pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia para prevenção e tratamento das crises convulsivas. (LIMA *et al*, 2014)

No entanto, a única cura para a DHEG é a interrupção da gestação, podendo não ser a melhor opção nos casos de fetos muito prematuros. Portanto, dependendo de fatores como idade gestacional, gravidez, bem-estar fetal e presença ou não de complicações, a interrupção da gravidez está indicada. Pode ser programada por cesárea eletiva ou por indução do trabalho de parto. O risco de complicações é maior no caso de cesariana, tendo maior chance de hemorragias, infecções e picos hipertensivos. (LINHARES *et al*, 2014; MARTINEZ *et al*, 2014; COSTA, 2014)

Observa-se que existe uma associação mais frequente da pré-eclâmpsia com a prematuridade, pois gestantes com esta doença obtiveram uma média de 35 semanas de duração de gestação em contrapartida com o grupo controle que alcançaram uma média de 40 semanas. Além disso, evidenciou-se que a DHEG pode estar associada com prematuros extremos (com idade gestacional inferior a 25 semanas), tendo possíveis desfechos neonatais bastante desfavoráveis. (BERGAMO *et al* 2014)

Portanto, as complicações fetais mais frequentes são restrição de crescimento intrauterino (CIUR), parto prematuro e morte neonatal. (MATHIAS, 2016; SANTOS, 2015)

Oliveira *et al* (2016), refere que,

A ocorrência de pré-eclâmpsia está relacionada com um aumento no risco de eventos adversos (descolamento prematuro de placenta, insuficiência renal aguda e hemorragia cerebral, entre outros) e desfecho perinatal desfavorável (baixo peso ao nascer [BPN], macrossomia fetal [MF], índice de Apgar baixo no 1º e no 5º minuto de vida, infecção neonatal, síndrome de aspiração meconial e prematuridade, entre outros).

Bergamo *et al* (2014) e Masoura *et al* (2012), também concluíram que os RN de gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia apresentam menor Apgar no 1º e no 5º minuto de vida quando comparado com os RN de gestantes normais.

No organismo materno, as repercuções incluem alterações renais (glomeruloendoteliose, insuficiência renal), hepáticas (hemorragia, insuficiência hepática), hematológicas (CIVD/HELLP) e neurológicas (AVC, convulsões). (MATHIAS, 2016)

Portanto, as pacientes com PE apresentam parâmetros clínicos e laboratoriais de maior gravidade, taxas superiores de cesárea e piores resultados maternos e perinatais. Precisando de rigorosa monitorização durante a gravidez, devido ao acometimento de múltiplos órgãos, com consequente alteração dos exames laboratoriais. (MARTINEZ *et al*, 2014)

Sendo assim, devido à gravidade da doença, considerada como importante causa de internamento em unidade de terapia intensiva e, por vezes, incluída como critério de morbidade materna grave. (AMORIM *et al*, 2008)

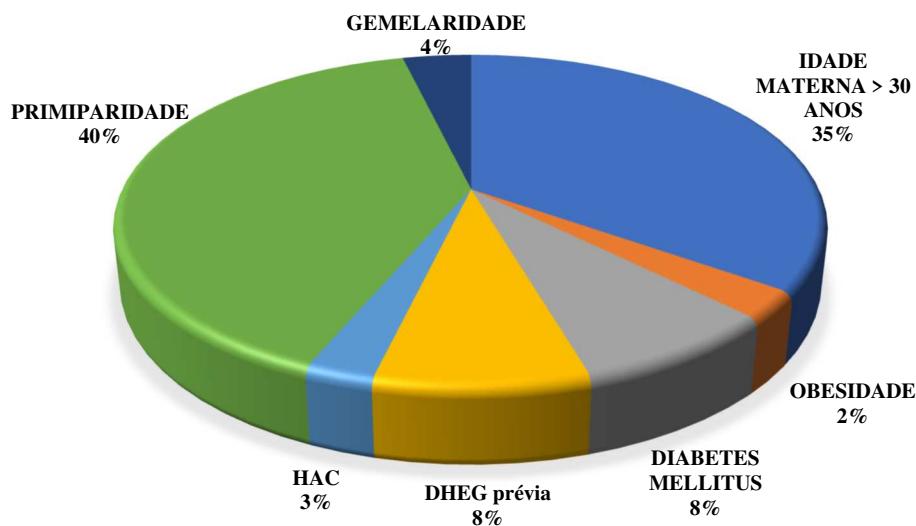
Desse modo, torna-se importante o acompanhamento mais atento das primigestas desde a gênese da gravidez, a fim de contribuir para a redução dos riscos, considerando que quanto melhor é a assistência pré-natal nos aspectos quantitativos e qualitativos menores os riscos, já que a maioria das mortes e complicações maternas é devido à falta de cuidados no pré-natal, falta de acessos hospitalares, escassez de recursos, diagnóstico e manejo inapropriados dos pacientes com DHEG/eclâmpsia, o que é mais visto nos países em desenvolvimento. (HENTSCHKE, 2014; SPINDOLA *et al*, 2013)

Desse modo, necessita-se de adoção de uma diretriz para manejo da DHEG que facilitaria o diagnóstico e o uso de terapêuticas adequadas, além de favorecer a melhor assistência às pacientes atendidas. (SANTOS, 2015)

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Identificou-se um total de 363 prontuários físicos de pacientes com o diagnóstico de doença hipertensiva específica da gestação nos anos de 2015 e 2016 do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Dentre essas 29% apresentaram pré-eclâmpsia leve, 45% moderada e 26% grave.

Gráfico 01 – Fatores de Risco Identificados



Fonte: Dados da Pesquisa

De acordo com o gráfico acima, foram observados alguns dos fatores de risco para DHEG, em que o mais encontrado foi a primiparidade, seguido da idade materna maior que 30 anos e da história de pré-eclâmpsia prévia.

Em relação a idade materna, 35,8% tinham idade superior a 30 anos, sendo que, de acordo com Ferreira *et al* (2015) e Costa *et al* (2014), a idade materna acima de 30 anos é considerada fator de risco para a DHEG. E Wallis (2008) referiu que a idade superior a 30 anos constitui um fator de risco e mostrou que o risco para pré-eclâmpsia aumenta em 30% para cada ano adicional de idade acima de 34 anos.

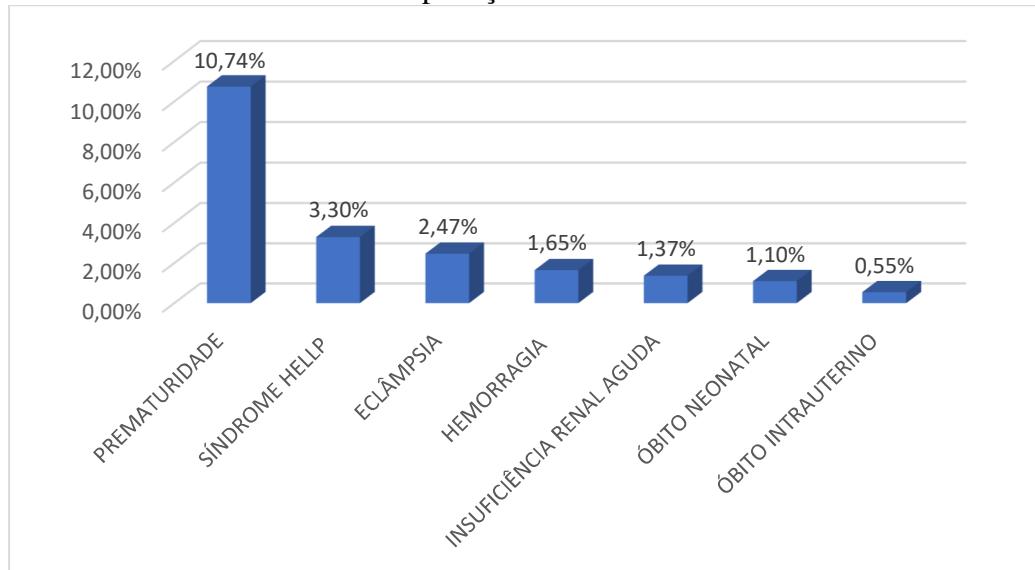
Neste estudo 8% das gestantes tinham história prévia de DHEG relatada no prontuário, entretanto a história pessoal relatada nesses era bem precária, fato bastante preocupante para a análise do perfil epidemiológico da doença, já que segundo Oliveira *et al* (2016), uma história pessoal de pré-eclâmpsia está associada a uma nova ocorrência de pré-eclâmpsia em gestação posterior, o que sugere envolvimento de fatores genéticos.

Doenças crônicas foram verificadas em 5,51% das gestantes analisadas e obesidade em 2,75%. Porém havia uma grande incerteza em relação a esses dados relatados nos prontuários. Também foi observado que 8% das gestantes apresentaram diabetes mellitus gestacional (DMG) e 7,44% dos recém-nascidos foram classificados como grandes para a idade gestacional.

Segundo estudos, doenças crônicas e obesidade também parecem influenciar no desenvolvimento dessas síndromes hipertensivas. Além disso, estão associadas ao aumento de risco de quase todas as complicações gestacionais, como diabetes gestacional, recém-nascidos grandes para idade gestacional, e ainda a uma grande incidência de defeitos congênitos, sendo importante o

controle do peso e do ganho de peso durante a gravidez. (MARTINEZ *et al*, 2014; POSTON *et al*, 2011; HENTSCHKE, 2014)

Gráfico 02 – Percentual de Complicações



Fonte: Dados da Pesquisa

Em relação às complicações ocorridas, a mais relevante foi a prematuridade, sendo que desses 20,51% foram prematuros extremos, 20,51% moderados e 58,98% prematuros tardios. Diante disso, faz-se necessária a discussão das repercussões dos resultados maternos e fetais de uma gestação de alto risco e o impacto dessas na família e na sociedade. Felizmente não houve nenhum caso de óbito materno.

Observou-se uma quantidade muito maior de interrupção da gestação por cesárea (88,70%) em relação ao parto por via vaginal (11,30%), compatível com os dados encontrados na literatura. Assim como Bergamo *et al* (2014) e Santos (2015), que verificaram uma porcentagem de 77,3% e de 76,8% de partos por cesárea, respectivamente. Já Linhares *et al* (2014), evidenciou que o parto cesáreo foi mais prevalente entre as pacientes com idade de 20 a 34 anos. As gestantes com idade igual ou superior a 35 anos foram responsáveis por 15,3% das cesáreas, não sendo o procedimento considerado fator de risco em pacientes com pré-eclâmpsia. No entanto, seu estudo, mostrou que gestantes com histórico de pré-eclâmpsia ou hipertensão arterial tiveram 2,5 vezes mais chance de evoluir para parto cesáreo, quando comparadas às pacientes que não tinham esses antecedentes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste estudo, permite inferir a necessidade de maior abrangência à saúde perinatal, dada a magnitude que a DHEG representa. Além disso, foi verificado um preenchimento precário e insuficiente de diversos dados do prontuário, o que dificulta a identificação do perfil clínico e epidemiológico e a realização de pesquisas.

Logo, faz-se imprescindível um melhor preenchimento do prontuário médico e a realização de mais pesquisas a respeito com intuito de prevenir a pré-eclâmpsia, conhecendo seus fatores de risco e a sua possível causa, além de um tratamento adequado prevenindo as complicações maternas e fetais, principalmente em relação a prematuridade que foi a complicação mais prevalente.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, M.M.R.; KATZ, L.; VALENÇA, M.; ARAÚJO, D.E. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, região nordeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Recife/PE: v. 54, n. 3, p. 261-6, 2008.
- BERGAMO, A. C.; SOUSA, F. L. P.; ZEIGER, B. B.; VIDAL, D. H. B.; GARCIA, J. M. Pré-eclâmpsia: perfil epidemiológico em um hospital de referência. **Revista UNILUS ensino e pesquisa**. São Paulo/SP: v. 11, n. 25, 2014.
- CAVALLI, R.C.; SANDRIM, V.C.; SANTOS, J.E.T.; DUARTE, G. Predição de pré-eclâmpsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (online)**. v. 31, n. 1, p. 1-4, 2009.
- CRUZ, A. F. N. et al. Morbidade materna pela doença hipertensiva específica da gestação: estudo descritivo com abordagem quantitativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. [S.I.]: v. 8, n. 2, p. 4290-4299, abr/jun. 2016.
- COSTA, I.L. Análise de fatores de risco com o desenvolvimento da pré-eclâmpsia em gestantes. **Universidade Estadual da Paraíba**. Campina Grande/PB: 2014.
- DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acessado em: 10 de abril de 2017.
- DULEY, L.; WILLIAMS, J.; HENDERSON-SMART, D.J. Plasma volume expansion for treatment of pre-eclampsia. **Cochrane Database Syst Rev**. [S.I]: v. 2, 2000.
- FERREIRA, G. R.; PISSETTI, C. W.; SILVA, S. R. Perfil sociodemográfico de gestantes portadoras de pré-eclâmpsia/eclâmpsia: estudo caso-controle. **Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro/RJ: v. 2, n. 1, p. 21-4, jan/abr. 2015.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S.H.; RAMOS, J.G.L.; MAGALHÃES, J.A. **Rotina em Obstetrícia**. 6. ed.. Porto Alegre/RS: Aramed, 2011.

HENTSCHKE, M.R. Pré-eclâmpsia: avaliação de aspectos fisiopatológicos e clínicos. **Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre/RS: 2014.

LIMA, J. A. C.; SANCHES, M. E. T. L.; SILVA, N. O.; SOUZA, D. O. Os melhores condutas no atendimento pré-hospitalar frente à gestante com eclâmpsia. **Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias**. [S.I.]: v. 13, n. 3, p. 240-248, 2014.

LINHARES, J. J. et al. Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-eclâmpsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo/SP: v. 36, n. 6, p. 259-63, 2014.

MARTINEZ, N. F. et al. Características clínicas e laboratoriais de gestantes com pré-eclâmpsia versus hipertensão gestacional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo/SP: 2014.

MASOURA, S. et al. Neonatal outcomes of late preterm deliveries with pre-eclampsia. **Minerva Ginecol.** [S.I.]: v. 64, n. 2, p. 109-15, abr., 2012.

MATHIAS, T.C.S. Testes urinários para predição de pré-eclâmpsia: revisão sistemática e meta-análise. **Programa de pós-graduação em medicina: ciências médicas**. Porto Alegre/RS: 2016.

NETO, C.N.; SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. [S.I.]: v. 32, n. 9, p. 459-68, 2010.

NOVO, J.L.V.G.; GIANINI, R.J. Mortalidade materna por eclâmpsia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife/PE: v. 10, n. 2, abr/jun., 2010.

OLIVEIRA, A. C. M.; SANTOS, A. A.; BEZERRA, A. R.; BARROS, A. M. R.; TAVARES, M. C. M. Fatores maternos e resultados perinatais adversos em portadoras de pré-eclâmpsia em Maceió, Alagoas. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. Maceió/AL: v. 106, n. 2, p. 113-120, 2016.

ROBERTS, D.; DALZIEL, S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. **Cochrane Database Syst Rev.** [S.I.]: v. 19, n. 3, jul., 2006.

SANTOS, B.C.L. et al. Importância da implementação de protocolos de ação na pré-eclâmpsia. **Revista Médica de Minas Gerais**. Minas Gerais: v. 25, n. 4, p. 502-510, 2015.

SCOPEL, D.; RAMOS, L.R.; VICTORINO, M.R.; CARRANO, P.G.; LAVADO, M.M. Marcadores clínicos e laboratoriais para doença hipertensiva específica da gravidez. **ACM arquivos catarinenses de medicina**. [S.I.]: v. 41, n. 2, p. 15-19, 2012.

SIBAI, B.M.; BARTON, J.R. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: patient selection, treatment, and delivery indications. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**. [S.I.]: v. 196, n. 6, p. 514-9, 2007.

SPINDOLA, T.; LIMA, G. L. S.; CAVALCANTI, R. L. A ocorrência de pré-eclâmpsia em mulheres primigestas acompanhadas no pré-natal de um hospital universitário. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. [S.I.]: v. 5, n. 3, p. 235-44, jul/set., 2013.

The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. **U.S. Department of Health and Human Services.** Ago., 2004. Disponível em: < <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>>. Acessado em: 20 de fev. de 2017.

WALLIS, A.B et al. Secular trends in the rates of pre-eclampsia, eclampsia, and gestational hypertension, United States, 1987-2004. **American Journal of Hypertension.** [S.I.]: v. 21, n. 5, p. 521-526, mai., 2008.