

## SÍNDROME HIPERTENSIVA E RESULTADOS PERINATAIS EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

### HYPERTENSIVE SYNDROME AND PERINATAL OUTCOMES IN HIGH-RISK PREGNANCIES

### SÍNDROME HIPERTENSIVO Y RESULTADOS PERINATALES EN EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

Marcos Benatti Antunes <sup>1</sup>  
Marcela de Oliveira Demitto <sup>2</sup>  
Angela Andréia França Gravena <sup>3</sup>  
Camila Padovani <sup>4</sup>  
Sandra Marisa Pelloso <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem. Professor. Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, Departamento de Medicina. Maringá, PR – Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora. UNICESUMAR, Departamento de Medicina. Maringá, PR – Brasil.

<sup>3</sup> Nutricionista. Doutora em Ciências da Saúde. Professora. UNICESUMAR, Departamento de Medicina. Maringá, PR – Brasil.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Hospital Santa Casa de Maringá, Maternidade. Maringá, PR – Brasil.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular. Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem e Ciências da Saúde. Maringá, PR – Brasil.

Autor Correspondente: Marcos Benatti Antunes. E-mail: bena77i@gmail.com

Submetido em: 23/01/2017

Aprovado em: 04/12/2017

## RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar os resultados perinatais de gestantes de alto risco com síndrome hipertensiva. Estudo transversal, de base documental, com 920 prontuários de gestantes de um ambulatório de alto risco. A variável independente foi a síndrome hipertensiva, considerando a hipertensão arterial como condições preexistentes, pré-eclâmpsia como antecedente obstétrico e doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) como intercorrência clínica. As variáveis dependentes foram prematuridade, baixo peso ao nascer, Apgar inferior a sete no 1º e 5º minutos, morte fetal, morte infantil, parto normal e parto cesáreo. Para analisar a associação entre as variáveis, utilizou-se o teste qui-quadrado e comparou-se o risco relativo no intervalo de confiança (IC) a 95%. Da amostra estudada, 25,32% apresentaram síndrome hipertensiva; 14,36% foram classificadas com hipertensão arterial (grupo 1), 6,73% com pré-eclâmpsia (grupo 2); 4,02% apresentaram DHEG (grupo 3); e 30,65% eram normotensas (grupo 4). No grupo 1 constatou-se risco elevado para morte fetal e o parto normal foi fator de proteção. No grupo 2 verificou-se risco elevado para parto cesáreo. No grupo 3, constituiu risco elevado para prematuridade e baixo peso ao nascer. Os três grupos apresentaram risco elevado para Apgar baixo no 1º e 5º minuto. As síndromes hipertensivas na gestação relacionaram-se a resultados perinatais desfavoráveis, evidenciando a necessidade de cuidados especializados à gestante, por meio de um pré-natal especializado e de qualidade.

**Palavras-chave:** Saúde Materno-Infantil; Complicações na Gravidez; Gravidez de Alto Risco; Hipertensão.

## ABSTRACT

This study aimed to analyze the perinatal outcomes of high risk pregnancies of women with hypertensive syndrome. It was a cross-sectional study, with a documental basis, with 920 records of pregnant women from a high-risk outpatient clinic. The independent variable was hypertensive syndrome, considering arterial hypertension as pre-existing conditions, pre-eclampsia as obstetric antecedents and heart disease of pregnancy (HDP) as clinical complications. The dependent variables were prematurity, low birth weight, Apgar score below than seven in the 1st and 5th minutes of life, fetal death, infant death, normal delivery and cesarean delivery. To analyze the association between the variables, the Chi-square test was used and Relative Risk was compared in the 95% confidence interval (CI). Of the sample studied, 25.32% presented hypertensive syndrome; 14.36% were classified with arterial hypertension (group 1), 6.73% with preeclampsia (group 2); 4.02% presented DHEG (group 3) and a total of 30.65% normotensive (group 4). In group 1, there was a high risk for fetal death and normal delivery was a protective factor. In group 2, there was a high risk for cesarean section. In group 3, it was a high risk for prematurity and low birth weight. The three groups were at high risk for low Apgar at the 1st and 5th minute. Hypertensive syndromes during pregnancy were associated with unfavorable perinatal outcomes, evidencing the need for specialized care to the pregnant woman through a specialized prenatal and quality.

**Keywords:** Maternal and Child Health; Pregnancy Complications; Pregnancy, High-Risk; Hypertension.

### Como citar este artigo:

Antunes MB, Demitto MO, Gravena AAF, Padovani C, Pelloso SM. Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco.

REME – Rev Min Enferm. 2017[citado em \_\_\_\_ \_\_\_\_];21:e-1057. Disponível em: \_\_\_\_\_. DOI: 10.5935/1415-2762.20170067

## RESUMEN

En esta investigación se busca analizar los resultados perinatales de embarazadas de alto riesgo con síndrome hipertensivo. Estudio transversal, de base documental con 920 registros de embarazadas de una clínica ambulatoria de alto riesgo. La variable independiente fue el síndrome hipertensivo, considerando la hipertensión arterial como condición preexistente, la preeclampsia como antecedente obstétrico y la enfermedad hipertensiva específica del embarazo (DHEG) como intercorriencia clínica. Las variables dependientes fueron prematuridad, bajo peso al nacer, Apgar inferior a siete en el 1° y 5° minutos, muerte fetal, muerte infantil, parto normal y cesárea. Para analizar la asociación entre las variables se utilizó la prueba Chi-cuadrado y se comparó el riesgo relativo en el intervalo de confianza (IC) al 95%. De la muestra estudiada, 25,32% presentaron síndrome hipertensivo; 14,36% se clasificaron con hipertensión arterial (grupo 1), 6,73% con preeclampsia (grupo 2); 4,02% presentaron DHEG (grupo 3) y un total de 30,65% normotensas (grupo 4). En el grupo 1 se constató riesgo elevado para la muerte fetal y el parto normal fue un factor de protección. En el grupo 2 se observó riesgo elevado para la cesárea. En el grupo 3, riesgo elevado para la prematuridad y el bajo peso al nacer. Los tres grupos presentaron riesgo elevado para Apgar bajo el primero y quinto minutos. Los síndromes hipertensivos en el embarazo se relacionaron con resultados perinatales desfavorables, evidenciando la necesidad de cuidados especializados a la embarazada, por medio de un prenatal especializado y de calidad.

**Palabras clave:** Salud Materno-Infantil; Complicaciones del Embarazo; Embarazo de Alto Riesgo; Hipertensión.

## INTRODUÇÃO

A gravidez é um fenômeno natural, fisiológico e dinâmico, que na maioria das vezes transcorre sem complicações. No entanto, apesar de todo cuidado, existem casos de mulheres que apresentam problemas de saúde, algum agravo ou desenvolvem problemas gestacionais. Um exemplo são as síndromes hipertensivas (SH), que podem ocorrer em até 30% das gestantes e classificam-se em hipertensão crônica, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional, representando alto risco de morbimortalidade materna e perinatal.<sup>1,2</sup>

As SHs manifestam-se como a segunda causa de morte materna em todo o mundo, sendo superada apenas pelas hemorragias.<sup>3</sup> Cerca de 800 mulheres morrem todos os dias por complicações na gravidez ou relacionadas ao parto. Em 2013, 289 mil mulheres morreram durante a gravidez ou parto e a maioria das mortes foi considerada evitável.<sup>4</sup> Além disso, as SHs podem provocar sérias complicações para a saúde materna, como encefalopatia hipertensiva, falência cardíaca, comprometimento renal, coagulopatias e associação com pré-eclâmpsia. O feto também fica em situação de risco, podendo manifestar restrição do crescimento intrauterino, sofrimento fetal, morte intraútero, baixo peso e prematuridade.<sup>2,5</sup> No Brasil, as SHs são consideradas a primeira causa de mortalidade materna, acometendo cerca de 5 a 17% das gestantes. E devido à sua gravidade estão classificadas entre as causas mais importantes de internações gestacionais em unidade de terapia intensiva (UTI).<sup>1</sup>

Os desfechos perinatais relacionados às SHs são descritos em vários estudos. Pesquisa realizada nos países nórdicos mostrou que a hipertensão arterial crônica elevou 5,5 vezes o risco de o recém-nascido ser pequeno para a idade gestacional prematuro e em 1,5 vez no caso de a termo.<sup>6</sup> Já outro estudo realizado no estado do Paraná constatou alto percentual (16,8%) de óbitos infantis atribuídos à hipertensão arterial na gestação.<sup>7</sup> Esses dados explicitam a relação de desfechos desfavoráveis na

gravidez de gestantes com SH. Todavia, mesmo com esses resultados, observa-se a necessidade de novos estudos que avaliam uma população que tem sido alvo de políticas públicas com a atenção direcionada para gravidez de alto risco.

Essas políticas de assistência à mulher durante o pré-natal, parto e puerpério têm como objetivo a redução da mortalidade materna e infantil e estão estruturadas com base nas ações de captação precoce da gestante de alto risco, acompanhamento no pré-natal, estratificação de risco das gestantes e das crianças, atendimento em ambulatório especializado para gestantes e crianças de risco até um ano de idade e garantia de referência hospitalar para o parto, por meio de um sistema de vinculação ao hospital.<sup>8</sup>

Sendo assim, considerando-se a atual política de atenção à gestante de alto risco, a elevada incidência da SH na gestação, bem como a magnitude dessa doença na gestação e seu impacto no desfecho perinatal, o presente estudo teve como objetivo analisar os resultados perinatais de gestantes de alto risco com SH, visando apresentar aos profissionais de saúde os vários aspectos de manifestação das SHs, para que possam proceder a estratégias focadas em minimizar os desfechos desfavoráveis na mãe e no filho.

## MÉTODO

Foi realizado estudo do tipo caso-controle, de base documental, por meio da avaliação de prontuários de gestantes acompanhadas pelo ambulatório de alto risco da Rede Mãe Paranaense (RMP), de um hospital filantrópico do Sul do Brasil contratualizado ao Sistema Único de Saúde (SUS), referência para 26 municípios do estado do Paraná.

A população estudada foi constituída pela avaliação de 920 prontuários de gestantes acompanhadas no ambulatório de alto risco no período de setembro de 2012 a setembro de 2013. Esse período constitui-se em recorte intencional, referente ao primeiro ano de implantação dessa política pública de saúde no

município. Desse total, 515 prontuários foram elegíveis para o estudo e fizeram parte dos grupos caso e controle. Os dados foram coletados entre maio e agosto de 2014, por meio de consulta aos prontuários da gestante e recém-nascido no ambulatório e na maternidade do hospital, e inseridos em formulário próprio para a transcrição das informações necessárias ao estudo. Posteriormente, foram transferidos para uma planilha eletrônica. Vale ressaltar que os prontuários da mãe e do recém-nascido são unificados após o nascimento, o que facilitou a coleta de dados.

A variável independente foi a SH, a qual é definida como a pressão arterial igual ou acima de 140/90 mmHg, baseada na média de pelo menos duas medidas, podendo ainda ser classificada em: hipertensão crônica, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional, também conhecida como doença hipertensiva específica da gestação (DHEG).<sup>2</sup> De acordo com a estratificação de risco utilizada na região, as gestantes do presente estudo foram classificadas em: grupo I – gestantes com condição clínica preexistente de hipertensão arterial crônica; grupo II – gestantes com antecedente obstétrico de pré-eclâmpsia; grupo III – gestantes com DHEG na gestação atual; e grupo IV – gestantes normotensas (grupo-controle).

Estabeleceram-se como critério de inclusão para os grupos I, II e III as gestantes classificadas com SH que tiveram o parto no hospital de referência (233). Para o grupo IV, consideraram-se todas as gestantes normotensas homogeneizadas por idade, pareadas um por um ou um por dois, até análise de todas as mulheres da amostra (282). Foram excluídas do estudo as gestantes que tiveram partos fora do estabelecimento de referência ao ambulatório

de risco (173) e aquelas que não atenderam ao critério de homogeneização (idade diferente das gestantes dos grupos-caso) – 232.

As variáveis dependentes foram as relacionadas ao recém-nascido: baixo peso ao nascer (< 2.500 g), baixo índice de Apgar no 1º e 5º minutos de vida (< 7), prematuridade (idade gestacional < 37 semanas), tipo de parto (normal e cesáreo), óbito fetal e óbito infantil.

A análise estatística foi realizada com auxílio do *software Open Epi*, versão 3.03, comparando-se o risco relativo (RR) entre o grupo-controle e os grupos-caso. Considerou-se o p significativo quando < 0,05 e intervalo de confiança (IC) de 95%.

A pesquisa respeitou as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS 466/2012) e foi aprovada conforme Parecer nº 681317/2014 do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP).

## RESULTADOS

Entre os 920 prontuários das gestantes que foram acompanhadas no ambulatório de alto risco, identificaram-se 25,3% de gestantes com SH (233), das quais 14,36% (134) tinham hipertensão arterial (grupo I); 6,7% (62) pré-eclâmpsia como antecedente obstétrico (grupo II); e 4,02% (37) apresentaram DHEG como intercorrência clínica na gestação atual (grupo III). No grupo-controle (grupo IV) foram incluídos 30,65% (282) das gestantes homogeneizadas por idade e consideradas normotensas (Figura 1).

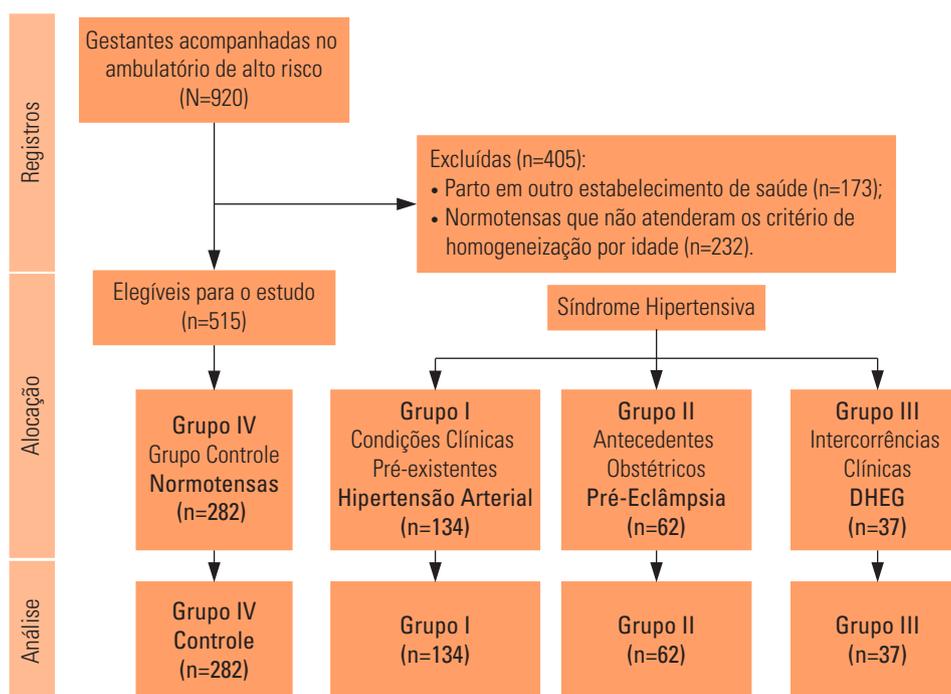


Figura 1 - Elegibilidade da amostra.

Quando comparado o grupo I com o grupo-controle, observou-se risco relativo aumentado para índice de Apgar abaixo de 7 no 1º minuto (RR= 1,88, p<0,001) e 5º minuto (RR= 2,48, p=<0,001); e morte fetal (RR=2,36, p=0,03). O parto normal (RR=0,64, p=0,01) mostrou-se como fator de proteção em mulheres com hipertensão arterial (Tabela 1).

Na análise do grupo II, as gestantes com pré-eclâmpsia na gestação anterior tiveram risco elevado de terem um recém-nascido com índice de Apgar abaixo de sete no 1º minuto (RR= 2,33, p<0,001) e 5º minuto de vida (RR= 2,96, p=0,003). O parto cesáreo foi considerado fator de risco desfavorável ao desfecho perinatal (RR=4,41, p<0,001), enquanto o parto normal foi fator de proteção (Tabela 1).

As mulheres com DHEG como intercorrência clínica na gestação atual (grupo III) demonstraram risco aumentado para prematuridade (RR=2,06, p=0,017), baixo peso ao nascer (RR=2,33, p=0,009), baixo índice de Apgar no 1º minuto (RR=2,51, p=0,006) e 5º minuto de vida (RR=3,04, p=0,038), quando comparadas com as gestantes do grupo-controle (Tabela 1).

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nesta pesquisa sobre a prevalência de gestantes com SH apresentaram índice superior ao de estudo realizado na região Sudeste do Brasil, o qual foi de 17,6%.<sup>9</sup> No entanto, em outra pesquisa realizada em uma instituição hospitalar de referência para gestação de alto risco, a taxa de gestantes com SH foi de 32,7%.<sup>10</sup> Esse resultado demonstra a importância de programas voltados para a gestação de alto risco, pré-natal especializado e a assistência a mulheres que necessitam de cuidados focados às SHs, uma vez que, caso não tenham tido suporte adequado no pré-natal habitual na atenção primária, a atenção secundária com mais recursos tecnológicos pode favorecer melhor acompa-

nhamento, com referência ao local do parto e, consequentemente, com possíveis reduções de danos.

Nos três grupos de SH analisados neste estudo, os baixos índices de Apgar no 1º e 5º minutos de vida do recém-nascido foram identificados como resultados perinatais desfavoráveis, concordando com estudo que apresentou associação entre o escore de Apgar com fatores epidemiológicos, mortalidade neonatal e extremo baixo peso.<sup>11</sup> Sendo assim, o Apgar é uma importante ferramenta de avaliação do recém-nascido, na qual valores abaixo de sete indicam anóxia moderada ou grave e necessidade de intervenção imediata. Nesse sentido, sugere-se a valorização de espaços e de equipes preparadas para atuar em situações de urgência e emergência neonatal, sejam elas ocasionadas por baixo valor de Apgar ou qualquer outra intercorrência. Tal cenário demonstra a necessidade de que as gestantes de alto risco tenham os partos realizados em centros de referência de alto risco, para que tenham à sua disposição assistência especializada e suporte tecnológico, visando à segurança do binômio.

Em relação à morte fetal, foram identificados neste estudo 2,2% de óbitos fetais no grupo de gestantes com hipertensão arterial como condição clínica preexistente. Já em outro estudo que analisou óbitos de recém-nascidos com mães hipertensas, identificou-se apenas 1,3% de casos relacionados à hipertensão arterial preexistente.<sup>12</sup> Cabe ressaltar que gestantes hipertensas apresentam risco 2,5 vezes maior para morte fetal quando comparadas com as não hipertensas, e a não realização do acompanhamento pré-natal também é fator de risco isolado tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento.<sup>13</sup> Nesse sentido, faz-se necessária a oferta de assistência de qualidade no pré-natal, com identificação precoce dos agravos à saúde da mãe e do feto, controle rigoroso dos níveis pressóricos, além de conscientizar mulheres hipertensas sobre a importância de um planejamento reprodutivo para que a gestação ocorra com menos riscos de desfechos desfavoráveis.

Tabela 1 - Análise das síndromes hipertensivas na gestação e grupo-controle em relação aos resultados perinatais, Maringá, PR – Brasil, 2014

Resultados Perinatais	Grupo Controle		Grupo I – Hipertensão Arterial				Grupo II – Pré-Eclâmpsia				Grupo III – DHEG			
	(n=282)		(n=132)		RR	p	(n=62)		RR	p	(n=37)		RR	p
	n	%	n	%			n	%			n	%		
Prematuridade (<37 semanas)	70	24,8	43	32,1	1,27	0,119	21	33,9	1,42	0,143	16	43,2	2,06	0,017
Baixo peso ao nascer (<2.500 g)	38	13,5	23	17,2	1,21	0,320	9	14,5	0,05	0,828	11	29,7	2,33	0,009
Apgar 1º min. (<7)	31	11	35	26,1	1,88	<0,001	17	27,4	2,33	<0,001	10	27	2,51	0,006
Apgar 5º min. (<7)	6	2,1	17	12,7	2,48	<0,001	6	9,7	2,96	0,003	3	8,1	3,04	0,038
Morte fetal	1	0,4	3	2,2	2,36	0,032	1	1,6	2,81	0,238	–	–	–	–
Morte infantil	–	–	1	0,7	–	–	–	–	–	–	1	2,7	–	–
Parto normal	90	31,9	27	20,1	0,64	0,012	4	6,5	0,18	<0,001	7	18,9	0,53	0,106
Cesárea	191	67,7	103	76,9	1,38	0,055	57	91,9	4,41	<0,001	29	78,4	0,61	0,188

BRR: risco relativo; IC: intervalo de confiança.

Fonte: autores. Coleta de dados.

No tocante aos desfechos perinatais de mulheres com hipertensão arterial como condição clínica preexistente e pré-eclâmpsia como antecedente obstétrico, os resultados apresentaram o parto normal como fator de proteção, ou seja, as gestantes com parto normal obtiveram resultados perinatais melhores do que as que passaram por parto cesáreo. Estudo realizado na Holanda com 756 mulheres hipertensas ou com pré-eclâmpsia obteve resultados favoráveis à indução do parto a partir da 37ª semana de gestação.<sup>14</sup> Adicionalmente, outra pesquisa realizada com 15.354 mulheres em hospitais brasileiros entre 2004 e 2005 sobre fatores associados à realização de cesariana revelaram que a hipertensão e/ou pré-eclâmpsia são fatores diretos à maior razão de prevalência de partos operatórios.<sup>15</sup> Todavia, no agravamento da hipertensão, intervenções imediatas devem ser realizadas, incluindo o parto cesáreo, que pode também ter complicações do próprio procedimento, tais como reações aos anestésicos, sangramentos e infecções, riscos esses menos comuns ao parto normal.

A pré-eclâmpsia afeta 3 a 5% das mulheres grávidas, podendo ser recorrente em futuras gestações,<sup>16</sup> o que justifica a estratificação de risco como antecedente obstétrico. Em outro estudo,<sup>17</sup> constatou-se que o risco de pré-eclâmpsia foi de 4,1% na primeira gestação e 1,7% em gestações posteriores. No entanto, este estudo mostra que o risco foi de 14,7% na segunda gravidez para as mulheres que tiveram pré-eclâmpsia na primeira e 31,9% para as mulheres que tiveram pré-eclâmpsia nas duas gestações anteriores. Tal resultado reforça a importância da conscientização da mulher sobre seu histórico obstétrico, para que ela tenha a ciência de que gestações anteriores com pré-eclâmpsia já a classificam como de alto risco, além do cuidado em realizar um planejamento reprodutivo, evitando, assim, desfechos desfavoráveis. Diante dessa condição, o MS destaca a necessidade de essa gestante ser assistida em ambulatórios especializados, mesmo que ela não apresente outros riscos gestacionais.<sup>8</sup>

Na presente pesquisa, a prematuridade apresentou valor significativo no grupo de gestantes que tiveram como intercorrência clínica a DHEG. Corroborando esse resultado, alguns autores, ao analisarem 5.602 prontuários em um hospital de São Paulo, evidenciaram a prematuridade como sendo uma das principais repercussões perinatais de gestantes com DHEG, aumentando a taxa de morbidade e mortalidade perinatal, com possibilidade de sequelas imediatas ou tardias.<sup>18</sup> Gestantes com SH grave apresentam risco aumentado para parto prematuro, recém-nascido com baixo peso ao nascer, recém-nascido pequeno para idade gestacional, admissão em UTI neonatal, mortalidade neonatal e/ou natimortalidade, provavelmente pelo agravamento da hipertensão e/ou pela interrupção da gravidez.<sup>19</sup>

Quanto ao baixo peso ao nascer, estudos relatam que mães com DHEG tiveram 2,6 vezes mais chances de darem à luz bebês com baixo peso.<sup>20</sup> Diante desses achados, apura-se

a importância do acompanhamento especializado no período gestacional e puerperal, pois o baixo peso ao nascer também está associado à prematuridade e pode trazer consequências para o recém-nascido a curto e longo prazos.<sup>21</sup> É válido destacar a importância do pré-natal de alto risco (PNAR), o qual fornecerá à gestante consultas especializadas, exames direcionados, referência ao parto, entre outros fatores que facilitam o acompanhamento de todo o processo gestacional, minimizando possíveis riscos e auxiliando a atenção primária. O acompanhamento deve ser realizado por médicos e enfermeiros, independentemente do nível da atenção à saúde no qual atuam, com o intuito de implementar a relação entre os serviços de saúde que a gestante de alto risco utiliza. A presença do enfermeiro nesse cenário, visando ao cuidado com a gestante hipertensa, se dá por meio de um trabalho voltado para a conscientização das gestantes sobre cuidados com a gravidez, alimentação, uso de medicamentos, acompanhamento dos valores pressóricos, além de acolhimento no ambulatório, orientações sobre o agendamento das consultas e comunicação direta com a atenção primária.

Os achados desta pesquisa permitiram identificar resultados perinatais desfavoráveis em gestantes com SH como condição clínica preexistente, antecedente obstétrico e também como intercorrência clínica na gestação atual. Entre as variáveis analisadas nos três grupos, o baixo valor de Apgar mostrou relação direta com a SH, o que requer atenção nas consultas de PNAR, objetivando melhorar os hábitos das gestantes e os desfechos maternos e perinatais.

Além disso, alguns resultados encontrados indicaram a importância de um planejamento reprodutivo, como no caso das condições clínicas preexistentes e antecedentes obstétricos. Esses achados alertam para a importância de incorporar esse assunto no cotidiano do atendimento à gestante, para que ela possa compreender o papel do PNAR durante seu processo gestacional, de forma que ela se sinta assistida por diferentes profissionais da área, que podem dar suporte a esse momento tão importante para a mulher.

Sugere-se, ainda, a realização de pesquisas futuras que tenham como objeto de estudo este tema, no tocante a SH, hábitos da gestante e planejamento familiar, além de pesquisas que reconheçam e valorizem os serviços especializados vinculados à atenção secundária, como encontrado neste estudo, já que a atenção especializada tem papel efetivo na redução de desfechos desfavoráveis.

Como limitação deste trabalho, destaca-se a coleta de dados em um ambulatório de alto risco, sendo possível apenas a descrição de uma população específica. Recomendamos, ainda, futuras investigações que deverão contemplar outros ambulatórios e compará-los aos resultados perinatais decorrentes das SHs.

## CONCLUSÃO

As síndromes hipertensivas na gestação relacionam-se a resultados perinatais desfavoráveis, evidenciando a necessidade de cuidados especializados à gestante, por meio de pré-natal especializado e de qualidade.

O aumento no risco de morte fetal, de prematuridade, baixo peso ao nascer, cesáreas e baixos índices de Apgar encontrados em gestantes com SH merece reflexão por parte dos profissionais, no sentido de rever as condutas realizadas e propor uma atenção de qualidade e humanizada, diminuindo as intercorrências das SHs.

Diante disso, destaca-se a necessidade de criar novas estratégias de saúde voltadas para a identificação precoce de agravos durante o pré-natal. Seguimento individualizado e tratamento adequado devem ser considerados pela política pública de atenção à gestante de alto risco implantada recentemente, além do que os resultados encontrados neste estudo poderão contribuir com as redes de atenção à saúde da mulher, desenvolvendo linhas de cuidados específicas às SHs, com abordagem direcionada que fortaleça a mulher no processo gestacional.

## REFERÊNCIAS

- Oliveira ACM, Santos AA, Bezerra AR, Barros AMR, Tavares MCM. Fatores maternos e resultados perinatais adversos em portadoras de pré-eclâmpsia em Maceió, Alagoas. *Arq Bras Cardiol*. 2016[citado em 2016 jan. 25];106(2):113-20. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2016000200113](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016000200113)
- Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet*. 2014[citado em 2016 jan. 25]; 122(6):323-33. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103301>
- World Health Organization. World Health Statistics 2014. Geneva: WHO; 2014. [citado em 2016 jan. 25]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>.
- Henrique AJ, Borrozzino NF, Gabrielloni MC, Barbieri M, Schirmer J. Resultado perinatal em mulheres portadoras de hipertensão arterial crônica: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*. 2012[citado em 2016 jan. 25];65(6):1000-10. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000600017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600017)
- Paraná. Secretaria Estadual de Saúde. Linha guia: mãe paranaense. Curitiba: SESA; 2015.
- Catov JM, Nohr EA, Olsen J, Ness RB. Chronic hypertension related to risk for preterm and term small for gestational age births. *Obstet Gynecol*. 2008[citado em 2016 jan. 25];112(2 Pt 1):290-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2596352/>
- Santana IP, Santos JM, Costa JR, Oliveira RR, Orlandi MHF, Mathias Freitas TA. Aspects of infant mortality, according to na investigation of death. *Acta Paul Enferm* 2011[citado em 2016 jan. 25];24(4):556-62. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000400017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000400017)
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília: MS; 2012. [citado em 2016 jan. 25]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)
- Queiroz MR. Ocorrência de Síndromes Hipertensivas na gravidez e fatores associados na região Sudeste do Brasil [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2014.
- Moraes JL, Oliveira AS, Herculano MMS, Costa CC, Damasceno AKC. Prevalence hypertensive syndrome gestational in maternity reference: descriptive study. *OBJN*. 2010[citado em 2016 jan. 25]; 9(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2971/676>
- Oliveira TG, Freire PV, Moreira FT, Moraes JSB, Arrelaro RC, Rossi S, et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. *Einstein*. 2012 [citado em 2016 jan. 25];10(1):22-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n1/pt\\_v10n1a06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n1/pt_v10n1a06.pdf)
- Saviato B, Knobel R, Moraes CA, Tonon D. Morte materna por hipertensão no estado de Santa Catarina. *ACM Arq Catarin Med*. 2008[citado em 2016 jan. 25];37(4). Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/604.pdf>
- Klein CJ, Madi JM, Araújo BF, Zatti H, Bosco DSD, Henke CN, et al. Fatores de risco relacionados à mortalidade fetal. *Rev AMRIGS*. 2012 [citado em 2016 jan. 25];56 (1):11-6. Disponível em: [http://www.amrigs.org.br/revista/56-1/000009572-3\\_923.pdf](http://www.amrigs.org.br/revista/56-1/000009572-3_923.pdf)
- Koopmans CM, Bijlenga D, Groen H, Vijgen SMC, Aarnoudse JG, Bekedam DJ, et al. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled Trial. *Lancet*. 2009[citado em 2016 jan. 25]; 374(9694): 979-988. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19656558>
- Pádua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Factors associated with cesarean sections in Brazilian hospitals. *Rev Saúde Pública*. 2010 [citado em 2016 jan. 25];44(1):70. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100008)
- Costa FS, Murthi P, Keogh R, Woodrow N. Early screening for preeclampsia. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011[citado em 2016 jan. 25];33(11):367-75. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032011001100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011001100008)
- Hernández-Díaz S, Toh S, Cnattingius S. Risk of pre-eclampsia in first and subsequent pregnancies: prospective cohort study. *BMJ*. 2009 [citado em 2016 jan. 25]; 338: b2255. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19541696>
- Chaim SRP, Oliveira SMJV, Kimura AF. Pregnancy-induced hypertension and the neonatal outcome. *Acta Paul Enferm*. 2008[citado em 2016 jan. 25];21(1):53-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_07.pdf)
- Carvalho MAB, Melo VH, Zimmermann JB. Resultados perinatais de gestantes com síndrome hipertensiva da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, Minas Gerais: estudo controlado. *Rev Méd Minas Gerais*. 2008 [citado em 2016 jan. 25];18:260-6. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/501>
- Franciotti DL, Mayer GN, Cancelier ACL. Fatores de risco para baixo peso ao nascer: um estudo de caso-controle. *ACM Arq Catarin Med*. 2010[citado em 2016 jan. 25] 39(3). Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/818.pdf>
- Silva CA, Brusamarello S, Cardoso FGCC, Adamczyk NF, Neto FR. Desenvolvimento de prematuros com baixo peso ao nascer nos primeiros dois anos de vida. *Rev Paul Pediatr*. 2011[citado em 2016 jan. 25];29(3):328-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n3/a04v29n3.pdf>

