

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
CURSO DE MEDICINA**

**FLAVIO MARCIO DE OLIVEIRA NETO
ISABELA CRISTINE DA SILVA
JÚLIA BUZZATO RAINER
MARIA PAULA DOS REIS DAMASCENO**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS DESORDENS HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO
NO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA - RJ**

**VOLTA REDONDA
2021**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
CURSO DE MEDICINA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS DESORDENS HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO
NO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA – RJ**

Trabalho de Conclusão de Módulo apresentado ao módulo VIII do curso de medicina do UniFOA como parte dos requisitos para construção do Portfólio.

Alunos:

Flavio Marcio de Oliveira Neto

Isabela Cristine da Silva

Júlia Buzzato Rainer

Maria Paula dos Reis Damasceno

Orientadora:

Juliana Monteiro Ramos Coelho

RESUMO

As desordens hipertensivas da gestação acometem 5% a 10% das mulheres e representam a principal causa de morte materna no Brasil. O objetivo desse estudo é estabelecer a prevalência das desordens hipertensivas da gestação no município de Volta Redonda - RJ, definir os fatores de risco mais prevalentes entre as gestantes hipertensas e constatar as principais condições relacionadas ao desenvolvimento de complicações maternas. Trata-se de um estudo transversal, observacional e de abordagem quali-quantitativa, realizado a partir da análise de 128 prontuários de gestantes atendidas no pré-natal de alto risco da Policlínica da Mulher - Dr. Julio Pereira Gomes nos anos de 2019, 2020 e 2021. A prevalência de hipertensão crônica foi 56,25%, pré-eclâmpsia, 15,63%, hipertensão gestacional, 14,06%, e hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta, 3,91%. Entre as mulheres analisadas, 89,06% apresentavam pelo menos um fator de risco e, entre aquelas que desenvolverem complicações, 92,06% demonstraram pelo menos uma dessas condições. Reforça-se a importância do acompanhamento pré-natal adequado para o diagnóstico correto das desordens hipertensivas gestacionais, a identificação precoce dos fatores de risco e a prevenção das complicações maternas.

Palavras-chave: hipertensão induzida pela gravidez; fatores de risco; complicação na gravidez.

ABSTRACT

Hypertensive disorders of pregnancy affect 5% to 10% of women and represent the main cause of maternal death in Brazil. The objective of this study is to establish the prevalence of hypertensive disorders of pregnancy in the city of Volta Redonda - RJ, to define the most prevalent risk factors among hypertensive pregnant women and to find out how the main conditions related to the development of maternal complications. This is a cross-sectional, observational study with a quali-quantitative approach, carried out from the analysis of 128 medical records of pregnant women attended in the high-risk prenatal period at "Policlínica da Mulher - Dr. Julio Pereira Gomes" during the years 2019, 2020 and 2021. The prevalence of chronic hypertension was 56.25%, preeclampsia 15.63%, gestational hypertension 14.06%, and chronic hypertension with superimposed preeclampsia 3.91%. Among the women analyzed, 89.06% had at least one risk factor and, among those who develop complications, 92.06% demonstrated at least one of these conditions. The importance of adequate prenatal care is reinforced for the correct diagnosis of gestational hypertensive disorders, the early identification of risk factors and the prevention of maternal complications.

Keywords: hypertension, pregnancy induced; risk factors; pregnancy complications.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Número de pacientes acometidas pelas desordens hipertensivas da gestação de acordo com os distritos de saúde do município de Volta Redonda.....	13
Figura 2 – Número de pacientes portadoras de fatores de risco para o desenvolvimento das desordens hipertensivas da gestação.....	14

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA.....	10
3 RESULTADOS	12
4 DISCUSSÃO	15
5 CONCLUSÃO.....	18
6 REFERÊNCIAS.....	19

1 INTRODUÇÃO

As desordens hipertensivas da gestação acometem 5% a 10% das mulheres¹, tendo ocorrido um aumento de 25% em sua incidência nas últimas duas décadas.^{2,3} Apesar de serem condições evitáveis⁴, elas correspondem a segunda maior causa de mortalidade materna no mundo⁴ e à principal causa de morte materna no Brasil.⁵ Entre 2008 e 2018, essas síndromes foram responsáveis por 19,7% das mortes maternas no Brasil e a 14,6% dos óbitos maternos no estado do Rio de Janeiro.⁵

Conforme as diretrizes publicadas em 2013 pelo “American College of Obstetricians and Gynecologists” (ACOG), as desordens hipertensivas da gestação são classificadas em quatro categorias de acordo com as suas manifestações clínicas e com o seu período de surgimento. São elas: hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta e hipertensão gestacional.⁶ O termo “doença específica hipertensiva da gestação” (DHEG) refere às condições desenvolvidas unicamente durante a gravidez, abrangendo, assim, a pré-eclâmpsia e a hipertensão gestacional.⁶

A hipertensão crônica acomete cerca de 5% das gestantes¹ e corresponde à desordem hipertensiva de maior prevalência durante a gravidez.⁶ Ela é constatada em mulheres com níveis pressóricos persistentemente elevados antes do período gestacional ou até a 20ª semana de gestação e confirmada mediante à não normalização da pressão arterial após seis a 12 semanas do parto.⁷

A pré-eclâmpsia é uma desordem hipertensiva específica da gestação manifestada após a 20ª semana de gravidez^{1,8} e encontrada em 2% a 8% das gestantes.⁹ O seu diagnóstico é efetuado mediante à presença de níveis pressóricos persistentemente aumentados associados à proteinúria (> 300 mg/24 horas), a distúrbios neurológicos (cefaleia, alterações visuais e/ou rebaixamento do nível de consciência), ao edema pulmonar, à trombocitopenia (< 100.000 plaquetas/mm³), à insuficiência renal ou à insuficiência hepática.^{1,10}

A hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta é caracterizada pelo desenvolvimento de pré-eclâmpsia após a 20ª semana de gravidez em portadoras de hipertensão crônica¹¹, estando presente em até 40% dessas mulheres.^{6,12,13} A hipertensão gestacional acomete 2% a 5% das gestantes¹⁴ e é definida pela presença de níveis pressóricos persistentemente elevados após a 20ª semana de gestação, não acompanhados de sinais característicos de pré-eclâmpsia, que se normalizam dentro de seis a 12 semanas após o parto.^{1,11} Até 50% das grávidas portadoras de hipertensão gestacional desenvolvem pré-eclâmpsia¹⁵, especialmente quando submetidas a um acompanhamento pré-natal inadequado.⁴

As desordens hipertensivas da gestação apresentam elevados índices de morbimortalidade materna e fetal, e cursam com complicações maternas severas.¹⁶ Entre essas complicações, destacam-se a síndrome HELLP (“hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets”) e a eclampsia, condições raras, mas de alta gravidade e letalidade¹⁷, encontradas em mulheres portadoras pré-eclâmpsia ou de hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta.^{1,6} A síndrome HELLP é caracterizada pela presença de hemólise, trombocitopenia (< 10.000 plaquetas/mm³) e duplicação dos níveis das enzimas hepáticas.¹⁸ A eclampsia é definida pelo desenvolvimento de convulsões durante a gestação, o parto e o puerpério imediato.¹⁹

Apesar de sua gravidade, o desenvolvimento das desordens hipertensivas da gestação e as complicações são evitáveis e preveníveis a partir de um acompanhamento pré-natal adequado.^{20,21} Entretanto, a adoção de estratégias eficazes para a sua prevenção primária não está disponível²², tendo em vista que as causas desencadeadoras das desordens hipertensivas gestacionais ainda são incertas e inexistem testes preditivos largamente aceitos para o seu rastreamento.^{23,24}

Apesar disso, uma série de fatores de risco são descritos como predisponentes ao surgimento das síndromes hipertensivas gestacionais e ao desenvolvimento das suas complicações.^{16,24} Entre esses, pode-se citar: extremos de idade materna, história familiar de hipertensão arterial, diabetes mellitus pré-gestacional, obesidade, tabagismo, nefropatias, antecedentes obstétricos de hipertensão arterial, gestação múltipla e nuliparidade.^{20,21,24-26}

Com isso, o rastreamento clínico, realizado através da identificação desses fatores de risco, permite a prevenção e o diagnóstico precoce das desordens hipertensivas da gestação, e a prevenção ou o retardo das suas apresentações clínicas mais graves, mesmo na ausência de exames laboratoriais específicos para a sua predição.^{4,21,23} Entretanto, uma série de estudos em países em desenvolvimento mostrou que as desordens hipertensivas da gestação são raramente rastreadas em diversas mulheres, apesar desse processo ser clinicamente importante para a identificação de pacientes em alto risco, o planejamento antecipado de intervenções e o alcance de bons resultados.⁴

No Brasil, ainda são escassos os dados epidemiológicos disponíveis acerca das desordens hipertensivas gestacionais, existindo, assim, uma barreira ao desenvolvimento de novas medidas de prevenção e cuidado. Dessa forma, o objetivo do estudo é estabelecer a prevalência das desordens hipertensivas da gestação no município de Volta Redonda – RJ, definir os fatores de risco mais prevalentes entre as gestantes hipertensas e estabelecer as principais condições relacionadas ao desenvolvimento das complicações decorrentes dessas síndromes hipertensivas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com uma abordagem quali-quantitativa, realizado a partir do levantamento de dados epidemiológicos acerca das desordens hipertensivas da gravidez e de seus fatores associados no pré-natal através da análise do prontuário médico. Os sujeitos da pesquisa foram gestantes portadoras de desordens hipertensivas atendidas no pré-natal de alto risco (PNAR) da Policlínica da Mulher - Dr. Julio Pereira Gomes no município de Volta Redonda - RJ.

A amostra deste estudo foi constituída por gestantes maiores de 18 anos que apresentaram desordens hipertensivas durante a gravidez, sejam elas pré-existentes (hipertensão arterial crônica) ou adquiridas durante o curso gestacional (hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta) nos anos de 2019, 2020 e 2021. Os critérios de exclusão consistiram em pacientes menores de 18 anos e mulheres que não manifestaram essas condições anteriormente ou ao longo da gestação.

A coleta de dados foi realizada na Policlínica da Mulher - Dr. Julio Pereira Gomes, no município de Volta Redonda, no período de fevereiro a julho de 2021. Os dados foram coletados pelos acadêmicos do curso de medicina do Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA, sob a supervisão da professora responsável pela pesquisa, a partir da análise dos prontuários médicos das gestantes hipertensas atendidas no PNAR. Subsequentemente, as informações colhidas foram anexadas a uma planilha do Microsoft Excel e, posteriormente, submetidas à análise estatística. Esta análise consistiu no cálculo da prevalência das desordens hipertensivas da gestação em relação ao número total de mulheres atendidas no PNAR nos referidos anos, da prevalência de cada desordem em relação ao número de gestantes hipertensas e da prevalência das complicações desenvolvidas durante a gestação entre as mulheres portadoras dessas desordens hipertensivas. Também foi realizado o cálculo da prevalência dos fatores de risco entre as grávidas hipertensas e da prevalência desses fatores entre aquelas que manifestaram alguma complicação durante a gravidez. Em seguida, os dados obtidos foram comparados com o perfil

epidemiológico estabelecido por outros estudos, buscando-se avaliar se as tendências epidemiológicas se repetem no município de Volta Redonda, no que diz respeito à prevalência das desordens hipertensivas da gestação e aos fatores de risco de maior prevalência entre as gestantes hipertensas e entre as complicações maternas.

A coleta buscou os seguintes dados: idade no momento do parto, distrito de saúde de residência, desordem hipertensiva manifestada, história familiar de hipertensão arterial em parentes de primeiro grau, presença de diabetes mellitus pré-gestacional, obesidade, tabagismo e nefropatia, paridade, história de hipertensão arterial em gestação anterior, número de fetos na gestação atual, e desenvolvimento de complicações maternas durante a gestação atual.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Oswaldo Aranha – CoEPS, sendo aprovado sob o número do CAAE 39703620.5.0000.5237.

3 RESULTADOS

Foram analisados 957 prontuários de gestantes atendidas no PNAR da Policlínica da Mulher - Dr. Julio Pereira Gomes nos anos de 2019, 2020 e 2021, dentre os quais 13,90% (n: 133) correspondiam a mulheres portadoras de desordens hipertensivas da gestação. Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, obteve-se o número de 128 (13,37%) prontuários de gestantes hipertensas para a análise. Não foram analisados os prontuários dos anos anteriores, porque esses estavam arquivados e o acesso não foi concedido pela prefeitura municipal de Volta Redonda.

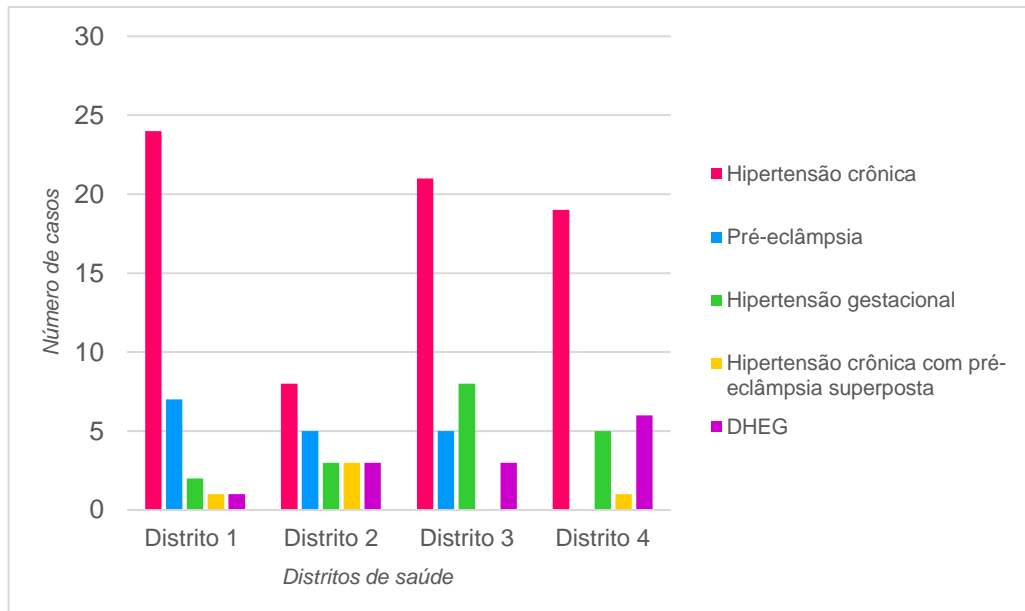
A síndrome hipertensiva de maior prevalência foi a hipertensão arterial crônica (n: 72, 56,25%), seguida, respectivamente, pela pré-eclâmpsia (n: 20, 15,63%), hipertensão gestacional (n: 18, 14,06%) e hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta (n: 5, 3,91%). Em 10,16% (n: 13) prontuários não foi especificado o tipo de síndrome hipertensiva induzida pela gestação, utilizando-se apenas o termo "DHEG".

Em relação ao número total de gestantes atendidas no PNAR (n: 957), constatou-se uma prevalência de 7,52% de hipertensão crônica, 2,09% de pré-eclâmpsia, 1,88% de hipertensão gestacional e 0,52% de hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta. Entre as portadoras de pré-eclâmpsia, 5% (n:1) evoluiu para a síndrome HELLP, entretanto, nenhuma (n: 0) evoluiu para a eclampsia. Não foi constatado nenhum caso de síndrome HELLP ou eclampsia em pacientes com hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta.

A prevalência dessas desordens hipertensivas foi maior no distrito 3 (n: 37, 28,91%), seguido, respectivamente, pelos distritos 4 (n: 36, 28,12%), 1 (n: 31, 24,22%) e 2 (n: 24, 18,75%). Em todos os distritos de saúde, a condição de maior prevalência foi a hipertensão crônica, a qual superou o número de casos somados de pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional e hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta nos distritos 1, 3 e 4. Essa tendência não foi observada apenas no distrito

2, no qual as desordens hipertensivas específicas da gravidez corresponderam ao dobro do número de casos de hipertensão crônica.

Figura 1: Número de pacientes acometidas pelas desordens hipertensivas da gestação de acordo os distritos de saúde do município de Volta Redonda.

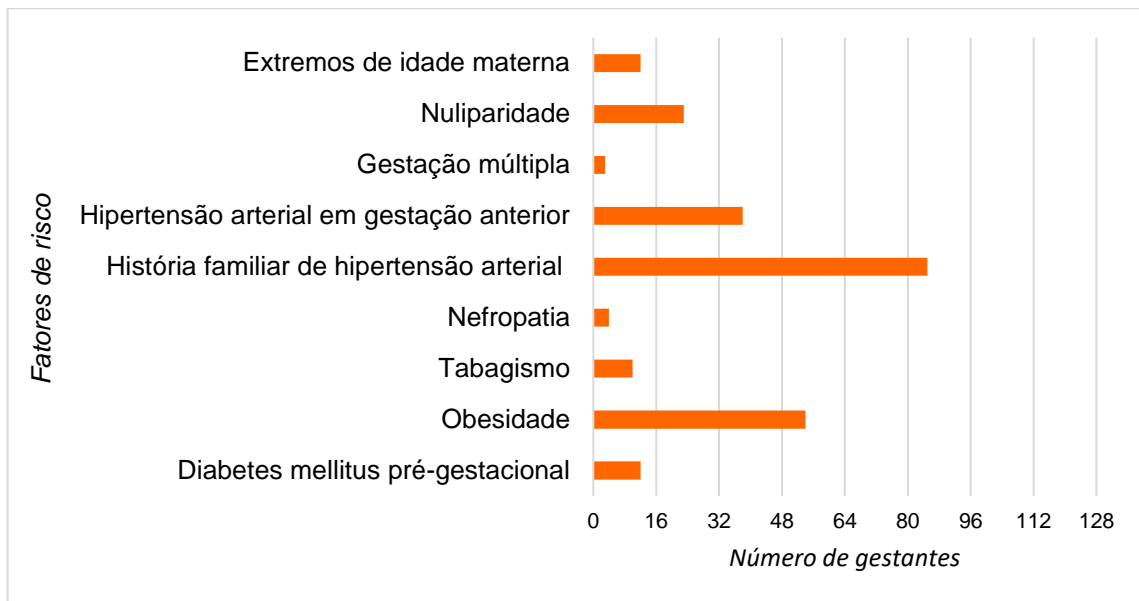


Fonte: os autores.

Aproximadamente, 89,06% (n: 114) das gestantes apresentavam pelo menos um fator de risco para o desenvolvimento dessas condições. Em relação aos fatores de risco comuns ao desenvolvimento de hipertensão crônica e das DHEG, 9,37% (n: 12) possuíam diabetes mellitus gestacional, 42,19% (n: 54) eram obesas, 7,81% (n: 10) eram tabagistas, 3,12% (n: 4) possuíam nefropatias e 66,41% (n: 85) possuíam história familiar de hipertensão arterial. Entre as gestantes multigestas (n: 91, 71,05%), 41,75% (n: 38) apresentaram alguma desordem hipertensiva na(s) gravidez(es) anterior(es).

No que diz respeito aos fatores de risco relacionados unicamente ao desenvolvimento das DHEG, encontrada em 43,75% (n: 56) dos casos, estabeleceu-se que 30,36% (n: 23) das gestantes eram nulíparas, 41,07% (n: 17) eram primíparas e 28,57% (n: 16) eram múltiparas. Também foi constatado que 5,55% (n: 3) dessas gestações eram múltiplas e que 21,43% (n: 12) das gestantes encontradas nas faixas etárias contempladas pelo estudo estavam nos extremos de idade materna.

Figura 2: Número pacientes portadoras de fatores de risco para o desenvolvimento das desordens hipertensivas da gestação.



Fonte: os autores.

Além disso, 21,87% (n: 28) das pacientes demonstram complicações maternas durante o período gestacional. Entre essas, 92,60% (n: 26) possuíam pelo menos um dos fatores de risco citados acima. Os três fatores de risco mais prevalentes nessas mulheres consistiram, respectivamente, em: história familiar de hipertensão arterial (n: 26, 100%), obesidade (n: 11, 42,31%) e idade materna avançada (n: 9, 34,61%).

4 DISCUSSÃO

A prevalência das desordens hipertensivas da gestação em mulheres atendidas na Policlínica da Mulher do município de Volta de Redonda ao longo do triênio 2019, 2020 e 2021 foi de 13,37%, média pouco superior ao cenário internacional e nacional, no qual a prevalência dessas condições é de 5% a 10%.^{1,20,27} A condição de maior prevalência foi a hipertensão crônica, a qual foi responsável por 56,25% dos casos, seguida, respectivamente, pela pré-eclâmpsia (15,62%), hipertensão gestacional (14,06%) e hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta (3,91%). Em cerca de 10,16% dos prontuários, foi utilizado o termo DHEG, o que impede a determinação exata da prevalência dessas desordens.

Em relação ao número total de gestantes atendidas na Policlínica da Mulher, foi constatada uma prevalência de 7,52% de hipertensão crônica, 2,09% de pré-eclâmpsia, 1,88% de hipertensão gestacional e 0,52% de hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta, achados similares aos constatados por outros estudos.^{1,19,25,28} A prevalência individual de cada desordem hipertensiva, explicitada acima, também se encontra de acordo ao estabelecido por outros autores.^{1,19,25,28} Entretanto, foi constatado um maior número de casos de hipertensão crônica, possivelmente por conta da maior facilidade diagnóstica dessa condição e do encaminhamento precoce das mulheres previamente diagnosticadas com hipertensão ao PNAR.

Entre as gestantes portadoras de pré-eclâmpsia, apenas 5% manifestaram a síndrome HELLP e nenhuma evoluiu para a eclampsia. Nenhum caso de hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta desenvolveu síndrome HELLP ou eclampsia. Conforme estabelecido por outros estudos, a baixa prevalência dessas condições é indicativa de um melhor acompanhamento pré-natal.^{4,21}

Além disso, segundo alguns autores, o risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia em mulheres portadoras de hipertensão crônica e de hipertensão gestacional é, respectivamente, de até 40% e 50%.^{6,12,13,15}. Contudo, nesta análise, somente 6,49% das gestantes com hipertensão crônica e 5,55% daquelas com

hipertensão gestacional desenvolveram pré-eclâmpsia. Essa divergência possivelmente é decorrente do acompanhamento pré-natal adequado, o qual minimiza a chance de desenvolvimento dessa desordem hipertensiva.^{19,29}

Em relação aos distritos de saúde do município de Volta Redonda, a prevalência das desordens hipertensivas da gestação foi maior no distrito 3 (28,91%), seguido, respectivamente, pelos distritos 4 (28,12%), 1 (24,22%) e 2 (18,75%). Em todos os distritos de saúde, a condição de maior prevalência foi a hipertensão crônica. Além disso, nos distritos 1, 3 e 4, o número de casos de hipertensão crônica foi maior que os de pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional e hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta somados. Entretanto, no distrito 2, as desordens hipertensivas específicas da gestação corresponderam ao dobro do número de casos de hipertensão crônica.

Uma série de estudos aponta os seguintes fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão crônica e de DHEG: diabetes mellitus pré-gestacional, obesidade, tabagismo, nefropatias, história familiar de hipertensão arterial e, em multigestas, história de hipertensão arterial em uma(s) gravidez(es) anterior(es).^{1,20,21,24-26} Neste estudo, a ordem de prevalência dessas condições foi: história familiar de hipertensão arterial (66,41%), obesidade (42,19%), história de hipertensão arterial em uma(s) gravidez(es) anterior(es) (41,75%), diabetes mellitus pré-gestacional (9,37%), tabagismo (7,81%) e nefropatia (3,12%).

Diversos autores também apontam outros fatores de risco para o desenvolvimento das DHEG, os quais consistem em: gestação múltipla, nuliparidade e extremos de idade materna.^{1,20,21,24-26} Entre as mulheres portadoras de DHEG, 5,36% possuíam gestações gemelares, de modo que esse correspondeu a um dos fatores de risco menos frequentes. Além disso, 30,36% dessas eram nulíparas, todavia, a quantidade de nulíparas foi muito similar à de primíparas (41,07%) e múltíparas (28,57%).

A prevalência de DHEG em extremos de idade materna foi apenas 21,43%, possivelmente por conta da maior prevalência da hipertensão crônica em faixas etárias mais elevadas²⁶ e da existência de outros fatores de risco que contribuem para

o desenvolvimento dessas síndromes.^{19,20,21,24-26} Entretanto, o encontro desse dado reafirma a importância do rastreamento das DHEG em todas as faixas etárias, e não apenas nos extremos de idade materna.^{4,23}

Os fatores de risco também contribuem significativamente para o desenvolvimento de complicações maternas e, assim, para o aumento da morbimortalidade.¹⁶ Aproximadamente, 21,87% das gestantes hipertensas demonstraram alguma complicação obstétrica ao longo do período gestacional. Entre essas, 92,60% possuíam pelo menos um dos fatores de risco acima, sendo os mais prevalentes a história familiar de hipertensão arterial (100%), a obesidade (42,31%) e a idade materna avançada (34,61%), similar ao observado por outros autores.^{30,31} Diferentemente do constatado em outros estudos^{10,32,33}, a diabetes mellitus pré-gestacional correspondeu a uma das condições menos frequentes (11,53%), possivelmente por conta do baixo número de gestantes diabéticas nessa população.

O estudo apresenta algumas limitações, as quais consistem em: impossibilidade de acesso aos prontuários dos anos anteriores, preenchimento incompleto do prontuário médico, uso de um termo inespecífico para se referir a desordens hipertensivas distintas e impossibilidade de acesso aos prontuários da maternidade.

A maior prevalência da hipertensão crônica em todos os distritos de saúde reafirma a importância do rastreamento precoce das desordens hipertensivas da gestação e do início imediato do pré-natal de alto risco. Também é ressaltada a relevância de um acompanhamento pré-natal adequado, baseado, essencialmente, no preenchimento correto do prontuário médico, para a identificação dos fatores de risco relacionados a essas condições, objetivando-se o seu diagnóstico precoce, a prevenção das suas complicações e a redução da morbimortalidade materna. Além disso, reafirma-se a importância da conscientização dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, para que esses se tornem cientes do panorama das desordens hipertensivas da gestação no município de Volta Redonda e, assim, desenvolvam estratégias para a sua prevenção. Esta prática também é importante para o aprimoramento da assistência pré-natal de alto risco, em função do grande impacto que todas as desordens hipertensivas exercem na saúde da gestante.

5 CONCLUSÃO

A prevalência das desordens hipertensivas da gestação no município de Volta Redonda nos anos de 2019, 2020 e 2021 foi de 13,37%. Entre essas, constatou-se uma maior prevalência de hipertensão crônica, presente em 56,25% dos casos, a qual foi seguida, respectivamente, pela pré-eclâmpsia (15,62%), hipertensão gestacional (14,06%) e hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta (3,91%). Também foi observada uma elevada prevalência dos fatores de risco entre as gestantes hipertensas, sendo os mais frequentes a história familiar de hipertensão arterial em parentes de primeiro grau, a obesidade e a história de hipertensão arterial na(s) gravidez(es) anterior(es). Além disso, entre as grávidas que apresentaram alguma complicação durante a gestação, foi constatada uma alta frequência dos fatores de risco. Entre essas, os mais prevalentes foram: história familiar de hipertensão arterial, obesidade e extremos de idade materna. Assim, este estudo ressalta a importância da conscientização dos profissionais da saúde acerca do perfil epidemiológico das desordens hipertensivas da gestação no município de Volta Redonda, do rastreamento precoce dessas condições e do aprimoramento da assistência pré-natal de alto risco.

6 REFERÊNCIAS

1. Folk DM. Hypertensive Disorders of Pregnancy: Overview and Current Recommendations. *J Midwifery Women's Health*. 2018 [acesso em 17 abr. 2020]; 63(3):289-300. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29764001/>.
2. Lo JO, Mission JF, Caughey, AB. Hypertensive disease of pregnancy and maternal mortality. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2013 [acesso em 24 set. 2021]; 25(2):124-132. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23403779/>.
3. Seely EW, Ecker J. Chronic hypertension in pregnancy. *Circulation*. 2014 [acesso em 24 set. 2021]; 129(11):1254-61. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24637432/>.
4. Nkamba DM, Ditekemena J, Wembodinga G, Bernard P, Tshetu A et al. Proportion of pregnant women screened for hypertensive disorders in pregnancy and its associated factors within antenatal clinics of Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 [acesso em 15 abr. 2020]; 19(1):297. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31416427/>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Brasília, DF, 2020 [acesso em 15 out. 2020]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
6. American College of Obstetrics and Gynecologists Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013; [acesso em 10 abr. 2020]; 122(5):1122–31. Disponível em: <http://www.spog.org.pe/web/phocadownloadpap/HypertensioninPregnancy.pdf>
7. Siqueira ASE, Siqueira-Filho AG, Land MGP. Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos últimos cinco no Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2017 [acesso em 26 maio 2020]; 109(1):39-46. <https://www.scielo.br/j/abc/a/TjBMVD83F7NMGNCJsP9kXKD/?lang=pt>.
8. Roberts JM, Redman CW. Pre-eclampsia: more than pregnancy-induced hypertension. *Lancet*. 1993 [acesso em 15 out. 2020]; 341(8858):1447-51. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8099148/>.
9. Snyder S. Major changes in diagnosis and management of preeclampsia. *J Midwifery Womens Health*. 2014 [acesso em 29 set. 2021]; 59(6):596-605. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25377651/>.
10. Benfateh M, Cissoko S, Boufettal H, Feige J, Samouth N et al. Risk factors and poor prognostic factors of preeclampsia in Ibn Rochd University Hospital of Casablanca: about 401 preeclamptic cases. *Pan Afr Med J*. 2018 [acesso em 10 abr. 2020]; 31:225. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6691300/>.

11. Freire CMV, Tedoldi CT. Hipertensão arterial na gestação. *Arq. Bras. Cardiol.* 2009 [acesso em 28 abr. 2020]; 93(6):159-65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/ZTjvjTgcvjsbWNrgPZF7jHr/?lang=pt#:~:text=%C3%89%20a%20hiperte.>
12. Ferrer RL, Sibai BM, Murlow CD, Chiquette E, Stevens KR et al. Management of mild chronic hypertension during pregnancy: a review. *Obstet Gynecol.* 2000 [acesso em 24 set. 2021]; 95(5 Pt 2):849-60. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11094241/>.
13. Sibai BM, Lindheimer M, Hauth J, Caritis S, Klebanoff M et al. Risk factors for preeclampsia, abruptio placentae, and adverse neonatal outcomes among women with chronic hypertension. National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. *N Engl J Med.* 1998 [acesso em 24 set. 2020]; 339(10):667-71. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9725924/>.
14. Henderson JT, Thompson JM, Burda BU, Cantor A. Preeclampsia Screening: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2017 [acesso em 27 set. 2020]; 317(16):1668-83. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2620094>.
15. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2000 [acesso em 28 set. 2021]; 183(1):S1–22. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937800408203>.
16. Townsend R, O'Brien P, Khalil A. Current best practice in the management of hypertensive disorders in pregnancy. *Integr Blood Press Control.* 2016 [acesso em 13 abr. 2020]; 9:79-94. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27555797/>.
17. Fong A, Chau CT, Pan D, Ogunyemi DA. Clinical morbidities, trends, and demographics of eclampsia: a population-based study. *AJOG.* 2013 [acesso em 24 set. 2021]; 209(3):229e1-229e7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23727516/>.
18. Sibai BM. Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. *Obstet Gynecol* 2004 [acesso em 29 set/ 2020]; 103(5 Pt 1):981–91. Disponível em: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-2942750097&origin=inward>.
19. Sutton ALM, Harper LM, Tita ATN. Hypertensive Disorders in Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2018 [acesso em 26 set. 2021]; 45(2):333-47. Disponível em: [ciencedirect.com/science/article/pii/S0889854518300123?via%3Dihub](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889854518300123?via%3Dihub).
20. Oliveira ACM, Graciliano NG. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015 [acesso em 23 abr. 2020]; 24(3):441-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/K9vkdMNk65mPVPTCWZGdQYy/?lang=pt&format=pdf>.

21. Sbaderlotto T, Pitilin EB, Schrmer J, Lentsck MH, Silva DTR et al. Características definidoras e fatores associados à ocorrência das síndromes hipertensivas gestacionais. *Cogitare Enferm.* 2018 [acesso em 20 maio 2020]; 23(2): e 53699. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/K9vkdMNk65mPVPTCWZGdQYy/?lang=pt&format=pdf>.
22. Dekker G, Sibai B. Primary, secondary, and tertiary prevention of pre-eclampsia. *Lancet.* 2001 [acesso em 15 out. 2020]; 357(9251):209-15. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11213110/>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2015/ 2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, Brasília, DF, 2017 [acesso em 12 maio 2020]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sauade_brasil_2015_2016_analise_zika.pdf.
24. Dalmáz CA, Santos KG, Botton MR, Roisenberg I. Fatores de risco para distúrbios hipertensivos durante a gravidez no Sul do Brasil. *Rev Assoc Med Bras.* 2011 [acesso em 12 maio 2020]; 57(6): 692-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/qnsZ9y4S8MbydKdQS5pgKTJ/?format=pdf&lang=en>.
25. Hutcheon JA, Lisonkova S, Joseph KS. Epidemiology of pre-eclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2011 [acesso em 11 maio 2020]; 25(4):391-403. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21333604/>
26. Sousa MG, Lopes RGC, Rocha MLTLF, Lippi UG, Costa ES et al. Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes. *Einstein.* 2020 [acesso em 16 abr. 2021]; 18:1-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/w3cWNjQHfKrd797sBGSXz8J/?lang=pt>.
27. Kintiraki E, Papakatsika S, Kotronis G, Goulis DG, Kotsis V. Pregnancy-Induced hypertension. *Hormones (Athens).* 2015 [acesso em 28 set. 2021]; 14(2):211-23. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26158653/>.
28. Klemmensen AK, Olsen SF, Wengel CM, Tabor A. Diagnostic criteria and reporting procedures for pre-eclampsia: a national survey among obstetrical departments in Denmark. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005 [acesso em 27 set. 2021]; 123(1):41-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16260339/>.
29. Kuper SG, Tita AT, Youngstrom ML, Allen SE, Tang Y et al. Baseline Renal Function Tests and Adverse Outcomes in Patients With Chronic Hypertension. *Obstet Gynecol.* 2016 [acesso em 27 set. 2020]; 128(1):93-103. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4917429/>.

30. Melo WA, Alves JI, Ferreira AAS, Maran E. Gestação de alto risco: fatores associados em município do Noroeste paraense. Rev de Saúde Pública do Paraná. 2016 [acesso em 22 abr. 2020]; 17(1):82-89. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/371/11>
31. Wise LA, Palmer JR, Heffner LJ, Rosenberg L. Prepregnancy body size, gestational weight gain, and risk of preterm birth in African-American women. Epidemiology. 2010 [acesso em 28 set. 2021]; 21(2):243-52. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20124904/>.
32. Staff AC, Redman CW, Williamns D, Leeson P, Moe K et al. Pregnancy and long-term maternal cardiovascular health progress through harmonization of research cohorts and biobanks. Hypertension. 2016 [acesso em 28 set. 2021]; 67(2):251-60. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26667417/>.
33. Castiglioni MT, Valsecchi L, Cavoretto P, Pirola S, Piazza L et al. The risk of preeclampsia beyond the first pregnancy among women with type 1 diabetes parity and preeclampsia in type 1 diabetes. Pregnancy Hypertens. 2014 [acesso em 29 set. 2021]; 4(1):34-40. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26104252/>.