

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا

Morgana Boaventura Cunha¹

Maurício Batista Paes Landim²

Destaques:

(1) Conhecimentos das características das mulheres com pré-eclâmpسيا. (2) Fomento para a elaboração de políticas intersetoriais para gestantes de alto risco. (3) Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde no que tange à saúde da mulher.

PRE-PROOF

(as accepted)

Esta é uma versão preliminar e não editada de um manuscrito que foi aceito para publicação na Revista Contexto & Saúde. Como um serviço aos nossos leitores, estamos disponibilizando esta versão inicial do manuscrito, conforme aceita. O artigo ainda passará por revisão, formatação e aprovação pelos autores antes de ser publicado em sua forma final.

<http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2025.50.14921>

Como citar:

Cunha MB, Landim MBP. Assistência pré-natal e hipertensão arterial sistêmica prévia em mulheres com pré-eclâmpسيا. Rev. Contexto & Saúde. 2025;25(50):e14921

RESUMO

A síndrome hipertensiva na gravidez se tornou um grave problema de saúde mundial, resultando em altas taxas de hospitalização. O objetivo foi caracterizar as mulheres com pré-eclâmpسيا atendidas em uma maternidade pública. Estudo transversal retrospectivo com gestantes em uma maternidade pública do Piauí hospitalizadas entre 2017 e 2021 com a Classificação Internacional de Doenças (CID)-10 O14. A amostra foi de 186 prontuários. Utilizadas medidas de tendência central, separatrizes, frequências simples e relativas, teste qui-quadrado com

¹ Universidade Federal do Piauí. Teresina/PI, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0157-5397>

² Universidade Federal do Piauí. Teresina/PI, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4678-9433>

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا

$p < 0,05$. A medida de efeito das variáveis independentes nos desfechos foi a Razão de Prevalência (RP), medida por meio de regressão de Poisson. À caracterização clínica e obstétrica, observou-se que 70,6% eram multigestas, 37,5% eram nulíparas e 17,7% já tiveram algum tipo de aborto e a maioria dos partos foi parto cesárea (76,2%). Um total de 85,7% das gestantes fez pré-natal e 38,4% tiveram até 6 consultas pré-natais, sendo que 31% das gestantes realizaram a primeira consulta no terceiro trimestre de gestação. Com relação à associação das características clínicas com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) prévia, comparado ao termo completo, a idade gestacional pré-termo eleva as chances de HAS prévia em 2,78 vezes. Já acerca das características clínicas e às intercorrências pós-parto, em relação ao termo, nascimentos pré-termo aumentam a prevalência das intercorrências pós-parto em 5,0 vezes. A prevalência da hipertensão arterial sistêmica prévia foi de 20,6%. Sobre a avaliação da assistência pré-natal, 85,7% relataram ter feito pré-natal, sendo que 38,4% referiram ter realizado até 6 consultas. Além disso, um percentual de 31% relatou início tardio do pré-natal.

Palavras-Chave: pré-eclâmpsia; assistência pré-natal; gestantes; hipertensão.

INTRODUÇÃO

A pré-eclâmpsia (PE) e eclâmpsia, também denominadas como Doença Arterial Específica da Gravidez (DAEG), pertencem às Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG), assim como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) crônica, a PE sobreposta à HAS, a hipertensão gestacional e a síndrome de HELLP, sigla inglesa de *Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelets* (hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia). As SHG estão entre as maiores causas de mortalidade materno-fetal nos países em desenvolvimento, sendo responsáveis por 60% das mortes maternas obstétricas diretas¹.

No Brasil, essas síndromes são a principal causa isolada de morbidade e mortalidade materna e a maioria dos óbitos maternos acontecem em ambiente hospitalar². A síndrome hipertensiva na gravidez se tornou um grave problema de saúde mundial, resultando em altas taxas de hospitalização³. Segundo a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein⁴, as síndromes hipertensivas na gravidez acometem de 5% a 10% das gestações, com uma incidência nacional de 1,5% de pré-eclâmpsia e 0,5 % de eclâmpsia.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial classificam os distúrbios hipertensivos da gravidez em hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta. A pré-eclâmpsia é a PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg, ou ambos, em geral após 20 semanas de gestação e frequentemente com proteinúria. Na ausência de proteinúria, pode-se considerar o diagnóstico quando houver sinais de gravidade: trombocitopenia ($< 100.000.109/L$), creatinina $> 1,1$ mg/dL ou 2x creatinina basal, elevação de 2x das transaminases hepáticas, edema agudo pulmonar, dor abdominal, sintomas visuais ou cefaleia, convulsões, sem outros diagnósticos alternativos⁵.

A hipertensão arterial é responsável por mais de 50% das doenças cardiovasculares⁶, acomete de 1% a 1,5% das gestações, podendo ser agravada pela pré-eclâmpsia em 13% a 40% dos casos e é classificada como essencial ou primária na grande maioria das vezes⁷. Pode ser detectada através da aferição da pressão arterial com medicação de baixo custo.

Por ser uma doença preexistente, é importante que a paciente realize uma avaliação antes da gravidez por equipe multidisciplinar, com o intuito de otimizar e/ou trocar medicações com potencial risco à saúde fetal, bem como promover o estilo de vida saudável e avaliar o grau de comprometimento de órgãos-alvo⁷.

A assistência pré-natal avalia a mulher em um período especial de sua vida, na qual ansiedade, temores, angústia, expectativas e incertezas se direcionam de forma caprichosa à hora do parto, momento culminante de um período de vigilante espera e de emoção extrema⁸.

A partir do contexto vivenciado na rotina de trabalho da autora como enfermeira em clínica obstétrica, observou-se que a pré-eclâmpsia se apresenta incidente entre diversos perfis de pacientes. Assim, surgiu a seguinte questão da pesquisa: Quais são as características sociodemográficas, clínicas e obstétricas das mulheres com pré-eclâmpsia atendidas em uma maternidade pública?

Dessa forma o artigo tem como objetivo os aspectos sociodemográficos, clínicos e obstétricos mulheres com pré-eclâmpsia atendidas em uma maternidade pública.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado a partir de prontuários de gestantes hospitalizadas, no período de 2017 a 2021, com diagnóstico de pré-eclâmpsia em uma maternidade pública do estado do Piauí.

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), em Teresina, estado do Piauí, Brasil. Trata-se de um serviço público de referência e contrarreferência de atenção terciária em obstetrícia, tanto em nível estadual como municipal.

População e Amostra

A população foi constituída por prontuários de gestantes hospitalizadas de 2017 a 2021 com diagnóstico de pré-eclâmpsia (CID-10 O14), independentemente da idade gestacional. Para calcular a população foi realizado um levantamento das gestantes junto ao setor de Faturamento. Durante o período de 01/01/2017 a 31/08/2021, foram realizados 36.902 partos. Foi utilizada a fórmula para cálculo amostral da população finita, resultando em uma amostra de 186 prontuários. Devido à utilização de dados contidos nos prontuários dos pacientes, foram utilizados respectivamente o Termo de Compromisso e Utilização de Dados (TCUD) e o Termo de Confidencialidade.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos prontuários das gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia, independentemente da idade gestacional, hospitalizadas na referida maternidade entre 01/01/2017 e 31/08/2021. Foram excluídos os prontuários indisponíveis ou com um número alto de dados ausentes.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio da investigação da fonte secundária, os prontuários de gestantes hospitalizadas no período de 2017 a 2021. Aleatoriamente, foram selecionados 300 prontuários, 114 deles estavam com um alto número de dados ausentes ou não foram encontrados, sendo excluídos da pesquisa. Um total de 186 prontuários foram considerados elegíveis. Essas informações foram consultadas no âmbito de serviço, não permitindo o seu manuseio fora da instituição hospitalar.

Para a coleta de dados, foi elaborado um formulário de acordo com os objetivos preestabelecidos, com a finalidade de analisar a associação entre os fatores de risco sociodemográficos, pré-natais e clínicos e a ocorrência de hipertensão arterial sistêmica prévia entre gestantes com pré-eclâmpsia.

Variáveis do Estudo

Foram consideradas variáveis preditoras: idade, raça escolaridade, estado civil, procedência, paridade, via de parto, número de consultas de pré-natal, local de pré-natal, realização da primeira consulta, dados antropométricos, hábitos de saúde (tabagismo, alcoolismo, uso de drogas ilícitas), histórico familiar e pessoal de hipertensão, medida da pressão arterial, comorbidades preexistentes, uso de anti-hipertensivos, idade gestacional no momento do parto, motivo de internação, intercorrências pós-parto, sulfatoterapia, admissão em UTI, tempo de internação e desfecho gestacional. A variável dependente foi a ocorrência de pré-eclâmpsia. Por fim, a variável independente consistiu na HAS prévia e assistência pré-natal.

Análise de Dados

Para tabulação dos dados foi utilizado o programa *Microsoft Office Excel 2016*. Inicialmente, as características das participantes foram descritas por meio de medidas de tendência central e separatrizes, para as variáveis numéricas, e por meio de frequências simples e relativas para as variáveis nominais. Após isso, elas foram associadas a dois desfechos: HAS prévia e intercorrência pós-parto. Para verificar essas associações, utilizou-se o teste qui-quadrado, considerando significativo quando $p < 0,05$. A medida de efeito das variáveis independentes nos desfechos foi a Razão de Prevalência (RP), medida por meio de regressão

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا

de Poisson com estimador de variância robusta. Além disso, calculou-se o intervalo de confiança de 95%. Todas as análises foram realizadas no *Software Stata 13*.

Aspectos Éticos e legais

O presente estudo foi desenvolvido em conformidade com os requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí, com número CAAE: 55374721.0.00005214 e número de parecer: 5.397.397.

RESULTADOS

Fizeram parte do estudo 186 gestantes, com idade média de $28,1 \pm 6,9$ anos, 80,2% (n=73) autodeclararam-se pardas, 56,2% (n=59) possuíam o ensino médio completo, 54,2% (n=96) eram casadas ou viviam algum tipo de união estável e 47% (n=87) eram do interior do Piauí (Tabela 1).

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا**

Tabela 1– Características sociodemográficas das mulheres com pré-eclâmpsia atendidas em uma maternidade pública (n=186). Teresina, Piauí, Brasil.

	N	%
Idade na internação		
Média±DP	28,1±6,9	-
Mediana (IIQ)	27 (23 – 33)	-
Min – Max	13 – 44	-
Raça		
Não parda	18	19,8
Parda	73	80,2
Escolaridade		
Analfabeto	1	1,0
Ensino Fundamental	33	31,4
Ensino Médio	59	56,2
Ensino superior	12	11,4
Estado civil		
Solteira	79	44,6
Casada/Vive junto/União estável	96	54,2
Não informado	2	1,1
Procedência		
Teresina	78	42,2
Interior do Piauí	87	47,0
Outros estados	20	10,8

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Quanto à caracterização clínica e obstétrica observou-se que 70,6% (n=130) eram multigestas, 37,5% (n=69) eram nulíparas e 17,7% (n=32) já tiveram algum tipo de aborto e a maioria dos partos se deu de forma cesárea (76,2%; n=177). Além disso, 85,7% (n=156) das

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا**

gestantes fez pré-natal e 38,4% (n=61) tiveram até 6 consultas pré-natais, sendo que 31% (n=48) das gestantes realizaram a primeira consulta apenas no terceiro trimestre de gestação (Tabela 2).

Tabela 2 – Características clínicas e obstétricas das mulheres com pré-eclâmpsia atendidas em uma maternidade pública (n=186). Teresina, Piauí, Brasil.

	N	%
Gestação		
Primigesta	54	29,4
Multigesta	130	70,6
Paridade		
Nulípara	69	37,5
Primípara	61	33,2
Multípara	54	29,3
Aborto		
Sim	32	17,7
Não	149	82,3
Tipo de parto		
Vaginal	2	1,1
Cesárea	182	98,9
Fez pré-natal		
Sim	156	85,7
Não	5	2,8
Ignorado	21	11,5
Número de consultas pré-natal		
Até 6	61	38,4
Acima de 6	98	61,6

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPSIA**

**Realização da 1ª consulta
pré-natal**

1º trimestre	106	68,4
2º trimestre	1	0,6
3º trimestre	48	31,0

**História familiar de
hipertensão**

Sim	85	46,7
Não	97	53,3

HAS prévia

Sim	38	20,6
Não	146	79,4

Medida da pressão

PA normal	28	15,3
Hipertensão gestacional	155	84,7

Outras comorbidades

Sim	29	15,7
Não	156	84,3

**Medicamentos para
hipertensão**

Sim	69	37,3
Não	116	62,7

Proteinúria

Sim	7	3,8
Não	177	96,2

Enzimas hepáticas

Sim	184	100,0
Não	0	00,0

Labstix

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا**

Sim	12	6,5
Não	172	93,5
Creatinina		
Sim	181	1,6
Não	3	98,4
Hemoglobina		
Sim	183	0,5
Não	1	99,5
Hematócrito		
Sim	179	97,3
Não	5	2,7
LDH		
Sim	145	78,8
Não	39	21,2
Plaqueta		
Sim	183	99,5
Não	1	0,5
Ácido Úrico		
Sim	177	96,2
Não	7	3,8
Ureia		
Sim	126	68,5
Não	58	31,5
Idade gestacional no momento do parto		
Pré-termo	51	21,2
Termo	129	71,3
Pós-termo	1	0,5

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا**

Intercorrência pós-parto		
Sim	20	10,9
Não	164	89,1
Sulfatoterapia		
Sim	167	91,8
Não	15	8,2
Admissão em UTI		
Sim	15	8,2
Não	169	91,8
Tempo de internação hospitalar		
Média±DP	6,1±5,8	
Mediana (IIQ)	4 (3 – 6)	
Min – Max	2 – 42	
Desfecho gestacional		
Termo	150	81,1
Pré-termo	33	17,8
Óbito fetal	2	1,1

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Com relação à associação das características clínicas com a HAS prévia, identificou-se que a presença de outras comorbidades diminui a prevalência da HAS prévia em 59% (IC95%: 0,23 – 0,71). Por outro lado, o uso de medicamentos para hipertensão aumenta a prevalência em 19,9 vezes (IC95%: 6,34 – 61,45). Ressalta-se que, comparado ao termo completo, a idade gestacional pré-termo eleva as chances de HAS prévia em 2,78 vezes (IC95%: 1,29-5,98) (Tabela 3).

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا**

Tabela 3 – Associação de características clínicas e HAS prévia das mulheres com pré-eclâmpsia atendidas em uma maternidade pública (n=186). Teresina, Piauí, Brasil.

	HAS prévia		RP	IC	p-valor
	Sim (%)	Não (%)			
Medida da pressão					
PA normal	5 (17,9)	23 (82,1)	1	-	-
Hipertensão gestacional	14 (20,9)	53 (79,1)	1,17	0,46 – 2,95	0,739
Hipertensão gestacional grave	19 (21,8)	68 (78,2)	1,22	0,50 – 2,98	0,658
Outras comorbidades					
Sim	12 (41,4)	17 (58,6)	0,41	0,23 – 0,71	0,002
Não	26 (16,8)	129 (83,2)	1	-	-
Medicamentos para hipertensão					
Sim	35 (51,5)	33 (48,5)	19,9	6,34 – 61,45	<0,001
Não	3 (2,6)	113 (97,4)	1	-	-
Idade gestacional no momento do parto					
Pré-termo	17 (34,0)	33 (66,0)	2,78	1,29-5,98	0,011
Termo	20 (15,5)	109 (84,5)	1	-	-
Pós-termo	0 (00,0)	1 (100,0)	*	*	*
Intercorrência pós-parto					
Sim	7 (36,8)	12 (63,2)	1,94	0,99 – 3,81	0,051
Não	31 (18,9)	133 (81,1)	1	-	-

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora

*Não foi possível calcular

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا**

Já acerca das características clínicas, observou-se que, em relação à idade gestacional aumentam a prevalência de intercorrências pós-parto em 5,0 vezes (IC95%: 1,86-14,66) (Tabela 4).

Tabela 4 – Associação de características clínicas e intercorrências pós-parto das mulheres com pré-eclâmpsia atendidas em uma maternidade pública (n=186). Teresina, Piauí, Brasil.

	Intercorrências pós-parto		RP	IC	p-valor
	Sim (%)	Não (%)			
Medida da pressão					
PA normal	2 (7,1)	26 (92,9)	1	-	-
Hipertensão gestacional	8 (11,8)	60 (88,2)	1,65	0,37 – 7,30	0,512
Hipertensão gestacional grave	10 (11,6)	76 (88,4)	1,63	0,38 – 7,01	0,513
Outras comorbidades					
Sim	2 (6,9)	27 (93,1)	0,59	0,15 – 2,43	0,469
Não	18 (11,6)	137 (88,4)	1	-	-
Medicamentos para hipertensão					
Sim	6 (8,7)	63 (91,3)	0,71	0,29 – 1,78	0,469
Não	14 (12,2)	101 (87,8)	1	-	-
Idade gestacional no momento do parto					
Pré-termo	12 (24,0)	38 (76,0)	5,0	1,86-14,66	0,001
Termo	7 (5,8)	114 (94,2)	1	-	-
Pós-termo	0 (00,0)	1 (100,0)	*	*	*

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

*Não foi possível calcular

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا

DISCUSSÃO

Esse tipo de estudo abordando a identificação precoce de características maternas e os fatores de risco para a pré-eclâmpsia é necessário para cuidados específicos, além de contribuir com a redução dos índices de morbimortalidade da doença e custos ocasionados pela hospitalização do binômio mãe e filho.

No que diz respeito à idade materna, um estudo documental e retrospectivo, reunindo 94 gestantes de seis equipes da Estratégia Saúde da Família de um município do Piauí, evidenciou que as gestantes possuíam idade entre 15 e 47 anos, em que a idade > 40 anos correspondeu a 1,1%.⁹ Esse resultado vai ao encontro do constatado na nossa pesquisa, na qual a idade média foi de 28,1 (desvio padrão= $\pm 6,9$). Essa variável faixa etária é considerada fator determinante para complicações advindas do período gestacional. Entretanto, a idade isolada não deve ser generalizada, devendo o profissional, durante as consultas de pré-natal, avaliar os demais fatores de riscos para o surgimento da PE.

A etnia, a raça ou a cor da pele é uma variável difícil de avaliar na população brasileira devido à miscigenação e por ser um dado autorreferido e subjetivo. Essa imprecisão pode dificultar a análise dos dados. A nossa pesquisa mostra que 80,2% das gestantes se autodeclararam pardas. Um estudo de revisão sistemática com metanálise¹⁰ concluiu que, em mulheres negras, os respectivos riscos de pré-eclâmpsia total e pré-eclâmpsia pré-termo foram 2 vezes e 2,5 vezes, respectivamente maiores que em mulheres brancas. A raça é frequentemente associada como fator de risco para pré-eclâmpsia, no entanto as ciências sociais mostram que esse constructo não é uma categoria biológica robusta, mas sim um conceito social, cultural e político, com profundas raízes históricas¹¹.

No presente estudo 32,4% (n=35) das mulheres possuíam baixa escolaridade, o que também foi evidenciado num estudo descritivo realizado em uma maternidade de referência no Ceará, no qual, das 120 entrevistadas, 87,5% (n=105) possuíam de 6 a 11 anos de escolaridade¹². Evidencia-se o maior risco de desenvolvimento da pré-eclâmpsia para mulheres com escolaridade intermediária, bem como para as de menor renda. Além disso, a baixa escolaridade está relacionada ao menor acesso à informação e ao restrito entendimento da importância dos cuidados com a saúde¹³.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا

Quanto às características clínicas e obstétricas, essa pesquisa identificou que a maioria das gestantes eram multigestas, 70,6% (n=130) e 37,5% (n=69) eram nulíparas, o que vai ao encontro de um estudo observacional prospectivo realizado no Paquistão, onde mulheres com diagnóstico de pré-eclâmpsia e eclâmpsia alocadas em um grupo específico, e suas características foram comparadas com mulheres com pré-eclâmpsia e eclâmpsia, observando-se que 6,5% (n=112) eram nulíparas, sendo essa característica associada ao aumento do risco de eclâmpsia e pré-eclâmpsia¹⁴.

Em concordância com esse resultado, uma coorte retrospectiva canadense concluiu que, independentemente da idade gestacional, a nuliparidade pode ser considerado um fator de risco para todos os desfechos (pré-eclâmpsia grave, hemólise, enzimas hepáticas elevadas e síndrome de baixa contagem de plaquetas e eclâmpsia)¹⁵.

Por outro lado, Zhang et al. (2020)¹⁶ relatou em seu estudo que a nuliparidade é um fator de risco para PE e a incidência de PE é maior em primíparas do que em múltiparas gestações no mundo oriental, ocidental e em desenvolvimento. Ainda ressalta que a paridade no mundo ocidental tem sido consistente na faixa de 1–3 em relação ao Oriente, já que mulheres ocidentais seguem carreiras, e as grandes despesas com cuidados infantis limitam o número de gestações. Isso sugere diferenças regionais nos fatores de risco e preditores do distúrbio relacionado à gravidez, podendo estar relacionado com as políticas de natalidade de cada país.

A nossa pesquisa revelou que 85,7% (n=156) das gestantes fizeram pré-natal e 38,4% (n=61) tiveram até 6 consultas pré-natais, sendo que 31% (n=48) realizaram a primeira consulta apenas no terceiro trimestre de gestação. Esse dado é alarmante visto que um pior desfecho pode ser evitado por meio de uma assistência à saúde em tempo oportuno, no início da gestação. Nesse contexto, a busca para prever efetivamente a PE no primeiro trimestre da gravidez tem o objetivo de identificar mulheres com alto risco de desenvolver PE, para que as medidas necessárias possam ser iniciadas com antecedência suficiente para melhorar prevenir ou pelo menos reduzir a frequência de sua ocorrência, o que permitirá uma vigilância pré-natal personalizada para antecipar e reconhecer o início da síndrome clínica e tratá-la prontamente¹⁷.

No Brasil, o Ministério da Saúde⁷ destaca que essa identificação de risco deverá ser iniciada na primeira consulta de pré-natal e recomenda sua realização de forma dinâmica e

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا

contínua, devendo ser revista a cada consulta, sendo fundamental que a hierarquização da assistência pré-natal seja bem planejada, desenhada e eficiente.

Nossos achados revelaram que mulheres com HAS prévia têm maior risco de ter parto pré-termo e termo precoce. Assim como foi evidenciado por Corrigan et al. (2021)¹⁸ em seu estudo, as mulheres com diagnóstico de distúrbios hipertensivos prévios tiveram 3,7 vezes mais chances de ter trabalho de parto prematuro.

A hipertensão arterial sistêmica prévia aumenta os riscos de um desfecho materno-infantil desfavorável. De acordo com Greenberg et al. (2020)¹⁹, a hipertensão crônica aumenta a morbidade da gravidez, com taxas e gravidade mais altas de distúrbios hipertensivos da gravidez, crescimento fetal restrição, parto prematuro iatrogênico e natimorto.

O presente estudo apresentou algumas limitações. A coleta de dados foi realizada somente a partir de prontuários, não permitindo o levantamento dos dados informatizados. Outra limitação foi que os prontuários não estavam preenchidos adequadamente ou continham informações incompletas, impossibilitando a coleta de todas as variáveis previstas nesta pesquisa. Além disso, como o estudo foi transversal, não foi possível acompanhar longitudinalmente o impacto que as características maternas e os fatores de risco acarretaram para a saúde das mulheres.

CONCLUSÃO

A prevalência da hipertensão arterial sistêmica prévia foi de 20,6%. Sobre a avaliação da assistência pré-natal, 85,7% relataram ter feito pré-natal, sendo que 38,4% referiram ter realizado até 6 consultas. Além disso, um percentual de 31% relatou início tardio do pré-natal. A idade gestacional pré-termo eleva as chances de HAS prévia em 2,78 vezes. Já os nascimentos pré-termo aumentam a prevalência das intercorrências pós-parto em 5,0 vezes.

As características das mulheres com pré-eclâmpsia atendidas em uma maternidade pública revelam a importância de uma abordagem focada nessa patologia, assim como suas consequências por meio de intervenções, com o objetivo de diminuir a mortalidade materna. Recomenda-se o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, a qualificação profissional, o incentivo ao pré-natal. O estudo poderá contribuir para a elaboração de políticas intersetoriais,

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPZIA**

que englobam diferentes contextos em busca da promoção da saúde, mediante a melhoria das condições de vida das gestantes de alto risco, sendo necessárias mais pesquisas nesta temática para um melhor entendimento das variáveis preditoras da pré-eclâmpsia.

REFERÊNCIAS

1. Pereira GT, Santos AAP dos, Silva JM de O e, Nagliate P de C. Epidemiological profile of maternal mortality due to hypertension: situational analysis of a northeastern state between 2004 and 2013. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)* [Internet]. 11º de julho de 2017 [citado 04 de set 2024];9(3):653-8. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5526>
2. Vale É de L, Cunha de Menezes LC, Bezerra INM, Frutuoso ES, Silva Gama ZA da, Wanderley VB, et al. Melhoria da qualidade do cuidado à hipertensão gestacional em terapia intensiva. *Avances en Enfermería*. 2020 [citado 04 de set 2024];38(1):55–65. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002020000100055&lng=en.
3. Oliveira AC, Machado BC, Oliveira CF, Schneider FCC de A, Caixeta FC, Martins GS, et al. Epidemiological profile of pregnant women with eclampsia admitted in Cuiabá hospitals from 2008 to 2017. *J Health Sci* [Internet]. 2019 [citado 04 jan 2023];21(4):414–6. Disponível em: <https://seer.pgskroton.com/index.php/JHealthSci/article/view/6758>. DOI: <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2019v21n4p414-6>
4. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: saúde da mulher na gestação, parto e puerpério [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde;2019 [citado 05 jan 2023]. 56 p. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>.
5. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa AD de M, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol* 2021 [citado 04 de set 2024];116(3):516–658. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
6. World Health Organization. World Hypertension Day 2022 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 08 jan 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-da-hipertensao-2022>.

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا**

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. Brasília: MS; 2022.
8. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Pré-eclâmpسيا. Série orientações e recomendações FEBRASGO [Internet].2017 [citado 06 jan 2023];8. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/12-PRE_ECLAYMPSIA.pdf.
9. Ferreira ETM, Moura NS, Gomes MLS, Silva EG, Guerreiro MGS, Oriá MOB. Maternal characteristics and risk factors for preeclampsia in pregnant women. Rev Rene [Internet].2019 [citado 06 jan 2023];20. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3240/324058874027/html/>. DOI: 10.15253/2175-6783.20192040327.
10. Arechvo A, Voicu D, Gil MM, Syngelaki A, Akolekar R, Nicolaidis KH. Maternal race and pre-eclampsia: Cohort study and systematic review with meta-analysis. BJOG. 2022;129(12):2082–93.
11. Fasanya HO, Hsiao CJ, Armstrong-Sylvester KR, Beal SG. A critical review on the use of race in understanding racial disparities in preeclampsia. J Appl Lab Med. 2021;6(1):247–56.
12. Jacob LM da S, Santos AP, Lopes MHB de M, Shimo AKK. Socioeconomic, demographic and obstetric profile of pregnant women with Hypertensive Syndrome in a public maternity. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2020 [citado 03 jan 2023];41:e20190180. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/6v85SkvTQmmwngp9z6rwwgqQ/?lang=en#>. DOI: 10.1590/1983-1447.2020.20190180
13. Mattsson K, Juárez S, Malmqvist E. Influence of Socio-economic factors and region of birth on the risk of preeclampsia in Sweden. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(7):4080.
14. Soomro S, Kumar R, Lakhani H, Shaukat F. Risk factors for pre-eclampsia and eclampsia disorders in tertiary care center in Sukkur, Pakistan. Cureus [Internet]. 2019 [citado 04 jan 2023];11(11):e6115. Disponível em: <https://www.cureus.com/articles/24452-risk-factors-for-pre-eclampsia-and-eclampsia-disorders-in-tertiary-care-center-in-sukkur-pakistan#!/metrics>. DOI: 10.7759/cureus.6115
15. Lisonkova S, Bone JN, Muraca GM, Razaz N, Wang LQ, Sabr Y, et al. Incidence and risk factors for severe preeclampsia, hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count syndrome, and eclampsia at preterm and term gestation: a population-based study. Am J Obstet Gynecol . 2021;225(5):538.e1-538.e19.
16. Zhang N, Tan J, Yang H, Khalil RA. Comparative risks and predictors of preeclamptic pregnancy in the Eastern, Western and developing world. Biochem Pharmacol [Internet]. 2020 [citado 05 jan 2023];182(114247):114247. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32986983/>. DOI:10.1016/j.bcp.2020.114247

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPZIA**

17. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2019 [citado 03 jan 2023];145 Suppl 1(S1):1–33. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31111484/>. DOI:10.1002 / ijgo.12802
18. Corrigan L, O’Farrell A, Moran P, Daly D. Hypertension in pregnancy: Prevalence, risk factors and outcomes for women birthing in Ireland. *Pregnancy Hypertens*. 2021; 24:1–6.
19. Greenberg VR, Silasi M, Lundsberg LS, Culhane JF, Reddy UM, Partridge C, et al. Perinatal outcomes in women with elevated blood pressure and stage 1 hypertension. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2021 [citado 04 jan 2023];224(5):521.e1-521.e11. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(20\)31279-5/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(20)31279-5/fulltext). DOI: 10.1016/j.ajog.2020.10.049

Submetido em: 27/7/2023

Aceito em: 10/4/2025

Publicado em: 2/9/2025

Contribuições dos autores

Morgana Boaventura Cunha: Conceituação; Curadoria dos dados; Análise Formal; Investigação; Supervisão; Redação do manuscrito original; Redação - revisão e edição.

Maurício Batista Paes Landim: Conceituação; Metodologia; Design da apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação - revisão e edição.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Financiamento: Não possui financiamento

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
PRÉVIA EM MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPSIA

Autor correspondente: Morgana Boaventura Cunha

Universidade Federal do Piauí - UFPI

Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Ininga, Teresina - PI,
Brasil. CEP 64049-550.

mauriciolandim@gmail.com

Editora: Dra. Meire Coelho Ferreira

Editora chefe: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons.

