

## DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PELOTAS

**MARQUES, Camila Lemos<sup>1</sup>; CUNHA, Letícia Rodrigues da<sup>1</sup>; REHBEIN, Fabrícia<sup>1</sup>; SILVA, Maria Lucia Silveira da<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas/Nutrição; <sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Nutrição. camilamarques08@gmail.com

### 1 INTRODUÇÃO

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é um dos distúrbios mais comuns durante a gestação (ANGONESI; POLATO, 2007). Esta patologia é caracterizada por hipertensão arterial acompanhada de proteinúria (eliminação de 300mg/dL ou mais de proteína pela urina em 24 horas) e/ou edema, sendo determinada através de manifestações específicas como pré-eclâmpsia e eclâmpsia (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

A pré-eclâmpsia é definida pelo desenvolvimento gradual de hipertensão arterial, de proteinúria e de edema, ocorrendo geralmente após a vigésima semana de gestação. Na fase inicial é assintomática, porém se não tratada pode evoluir e causar formas graves como eclâmpsia e síndrome HELLP (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005). A eclâmpsia diferencia-se pela ocorrência de crises convulsivas durante a gravidez, no parto ou até os 10 dias de puerpério; sua forma agravante é a Síndrome HELLP, que é evidenciada por hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixa contagem de plaquetas (ANGONESI; POLATO, 2007).

Fatores extrínsecos da DHEG são caracterizados por raça, idade, nível socioeconômico, obesidade, hipertensão arterial prévia, ou alterações renais; enquanto que os fatores intrínsecos ou obstétricos são a primiparidade, gestações com maior massa placentária, sobredistensão uterina e gravidez ectópica (AMADEI; MERINO, 2010).

A pré-eclâmpsia pode resultar em danos de órgãos terminais maternos, causando problema hepático e renal, eventos cerebrovasculares e lesões na retina (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010). Ainda, pode acarretar em complicações hipertensivas durante a gestação, o que aumenta o risco de ter crescimento intrauterino retardado e de parto prematuro (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010), além de aumentar o risco de mortalidade, uma vez que as complicações hipertensivas são a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal no país, ocorrendo em cerca de 10% de todas as gestações (BRASIL, 2006).

Considerando os aspectos abordados o objetivo do estudo foi verificar a incidência de hipertensão arterial em gestantes e a sua relação com variáveis como o estado nutricional e o número de gestações.

### 2 METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

Estudo de delineamento transversal retrospectivo, tendo como amostra gestantes que realizaram o atendimento pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) Simões Lopes da cidade de Pelotas/RS durante o período de janeiro de 2006 a dezembro de 2009.

Foram incluídas no estudo todas as gestantes atendidas na respectiva unidade que compareceram a pelo menos seis consultas durante o período do pré-natal - conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde - e que possuíam idade

superior a 19 anos - limite mínimo de idade proposto por Atalah para classificar o índice de massa corporal gestacional. Os critérios de exclusão foram diagnóstico de hipertensão arterial prévio e prontuários incompletos.

Após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar da cidade de Pelotas, foram revisados os prontuários de atendimento do pré-natal e coletados em planilhas impressas. As variáveis avaliadas foram estado nutricional, número de gestações, idade materna e desenvolvimento de hipertensão arterial durante a gestação.

O estado nutricional foi classificado através do cálculo do índice de massa corporal segundo a semana gestacional, conforme os critérios de Atalah (1997) adotados pelo Ministério da Saúde.

Os dados do trabalho foram digitados em planilhas e analisados no programa Microsoft Office Excel® 2007.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram incluídas no estudo 36 gestantes, cujas idades variaram de 20 a 39 anos, sendo a média 26 anos. Foram excluídas da amostra 47 gestantes, pelos seguintes motivos: 2 não possuíam altura no prontuário, 11 eram adolescentes e 34 realizaram menos de 6 consultas do pré-natal.

O número de gestações variou de primeira gestação a oitava, sendo as múltiparas 53% da amostra total. Todas as gestantes apresentaram gestação única, descartando o fator de risco gestação múltipla, fator importante para o desenvolvimento das síndromes hipertensivas.

No início da gestação a maioria das mulheres apresentava eutrofia (58%), seguida de baixo peso (17%), obesidade (14%) e sobrepeso (11%). Já no último trimestre gestacional, menos da metade das gestantes estavam em eutrofia (44%) e a prevalência de excesso de peso aumentou para 39%.

Do percentual de mulheres que iniciaram a gestação com sobrepeso, 25% evoluíram para obesidade até o final do último trimestre e as que iniciaram com obesidade, 40% finalizaram com sobrepeso.

A incidência de hipertensão arterial gestacional encontrada na população estudada foi de 8% e mostrou-se próximo ao referencial teórico para síndromes hipertensivas na gestação (10 a 22%), segundo dados do Ministério da Saúde (2006).

No estudo de Valle et al. (2008), o estado nutricional pré-gestacional encontrado de maior risco para a doença foi a obesidade. No presente estudo entre as mulheres que apresentaram excesso de peso no primeiro trimestre, 22% desenvolveram a doença, sendo observado ainda que todas as hipertensas avaliadas estavam com excesso de peso após a vigésima semana gestacional e que 67% das mulheres que desenvolveram DHEG apresentaram obesidade durante toda a gestação.

A análise das variáveis do estudo mostrou que entre as gestantes primíparas, 12% desenvolveram hipertensão arterial e entre as múltiparas 5%. Este resultado foi semelhante ao já visto na literatura, pois segundo Amadei e Merino (2010), a prevalência de hipertensão arterial em gestantes atendidas em UBS na cidade de Cianorte (PR) foi de 15%. Outro estudo, realizado por Oliveira et al. (2006), também constatou que a primiparidade é um dos fatores de risco para as síndromes hipertensivas, sendo a prevalência de hipertensão gestacional em primíparas de 6 a 17%, e 2 a 4% em gestantes múltiparas.

## 4 CONCLUSÃO

Entre os resultados obtidos nesse estudo, ressalta-se o considerável ganho de peso durante o período gestacional e também o amplo número de mulheres que foram excluídas do estudo por não atenderem a recomendação mínima do número de consultas de pré-natal, sendo de extrema importância o incentivo às gestantes por parte dos profissionais da saúde para o acompanhamento no pré-natal e da saúde materna e fetal.

A assistência à saúde materna deve ser frequentemente avaliada durante a gestação, visto que o excesso de peso evidenciado na amostra é preocupante por ser um fator de risco importante para o desenvolvimento de complicações nesse período, como a doença hipertensiva específica da gestação.

## 5 REFERÊNCIAS

AMADEI, Janete Lane; MERINO, Caroline Guelfe. Hipertensão arterial e fatores de risco em gestantes atendidas em unidade básica de saúde. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 3, n. 1, p. 33-39, Maringá, 2010.

ANGONESI, Janaina; POLATO, Angelita. Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), incidência à evolução para a Síndrome de HELLP. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, vol. 39(4): 243-245, Maringá (PR), 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006.

MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 12<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p.183-184.

OLIVEIRA, Cristiane Alves de; LINS, Carla Pereira; SÁ, Renato Augusto Moreira de; NETTO, Hermógenes Chaves; BORNIA, Rita Guerios; SILVA, Nancy Ribeiro da; JUNIOR, Joffre Amim. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 6, n. 1, p. 93-98, Recife, 2006.

PERAÇOLI, José Carlos; PARPINELLI, Mary Angela. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves - Hypertensive disorders of pregnancy: identifying severe cases. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 27(10): 627-34 São Paulo, 2005.

VALLE, Camila Piñero; DURCE, Karina; FERREIRA, Claudia Adriana Sant'Anna. Conseqüências fetais da obesidade gestacional. **O Mundo da Saúde**; 32(4):537-541 São Paulo, 2008.