

Perfil epidemiológico da mortalidade materna por doenças hipertensivas gestacionais no Brasil e em Sergipe, de 2010-2020

Epidemiological profile of maternal mortality from gestational hypertensive diseases in Brazil and Sergipe, 2010-2020

DOI:10.34117/bjdv8n6-373

Recebimento dos originais: 21/04/2022

Aceitação para publicação: 31/05/2022

Maria Suzana de Abreu Barros Resende

Acadêmica do Curso de Medicina pela Universidade Tiradentes (UNIT)

Instituição: Universidade Tiradentes (UNIT)

Endereço: Rua José Deodoro dos Santos, 290, Bloco Nobile, Apto 501, Luzia, Aracaju-SE

E-mail: msuzana.resende@gmail.com

Daniella Campos Santana

Acadêmica do Curso de Medicina pela Universidade Tiradentes (UNIT)

Instituição: Universidade Tiradentes (UNIT)

Endereço: Rua José Deodoro dos Santos, 290, Bloco Nobile, Apto 501, Luzia, Aracaju-SE

E-mail: dradanicampos@icloud.com

Luciana Montalvão Góis Figueiredo de Almeida

Acadêmica do Curso de Medicina pela Universidade Tiradentes (UNIT)

Instituição: Universidade Tiradentes (UNIT)

Endereço: Rua Jovina Silva, 463, Luzia, Aracaju-SE

E-mail: montalvaoluciana@gmail.com

Guilherme Lima Britto Aragão

Acadêmica do Curso de Medicina pela Universidade Tiradentes (UNIT)

Instituição: Universidade Tiradentes (UNIT)

Endereço: Avenida Beira Mar, 2016, Jardins, Aracaju-SE

E-mail: guibritto63@gmail.com

Lara Fernanda Feitosa Xavier

Acadêmica do Curso de Medicina pela Universidade Tiradentes (UNIT)

Instituição: Universidade Tiradentes (UNIT)

Endereço: Rua do Horto, 240, Bloco Carvalho, Ap 01, Jabotiana, Aracaju-SE

E-mail: laraffxavieer@gmail.com

Bruno Manoel Feitosa Xavier

Acadêmica do Curso de Medicina pela Universidade Tiradentes (UNIT)

Instituição: Universidade Tiradentes (UNIT)

Endereço: Rua do Horto, 240, Bloco Carvalho, Ap 01, Jabotiana, Aracaju-SE

E-mail: brunomfx@gmail.com

Magaly Ribeiro Franco

Acadêmica do Curso de Medicina pela Universidade Tiradentes (UNIT)
Instituição: Universidade Tiradentes (UNIT)
Endereço: Rua Alferes José Pedro de Brito, 100, Cond Jouberto Uchoa, Farolândia
Aracaju-SE
E-mail: magaly.mrf@gmail.com

Marcos Vinícius Costa Menezes

Docente do Curso de Medicina pela Universidade Tiradentes (UNIT)
Instituição: Universidade Tiradentes (UNIT)
Endereço: Rua Moacir Wanderley, 100, Ap 202, Jardins, Aracaju-SE
E-mail: menezesmvc@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: As síndromes hipertensivas gestacionais (SHG) são uma das maiores causas de morbimortalidade materna. Dentre essas síndromes estão: Pré-Eclâmpsia, Eclâmpsia, Hipertensão Crônica e Síndrome HELLP. Devido à alta prevalência de óbitos por estas condições, atualizações sobre os dados clínicos e epidemiológicos são importantes para o adequado manejo destas Síndromes. **Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico das pacientes que apresentaram óbito por SHG entre 2010 e 2020, no Brasil e no estado de Sergipe, destacando as características socioeconômicas maternas e local e momento de ocorrência das mortes, a fim de salientar os pontos de entrave no pré-natal, periparto e puerpério. **Método:** Trata-se de um estudo observacional e descritivo, com informações coletadas no banco de dados TabNet-DataSUS, com análise do perfil de mortes maternas por SHG, no Brasil e em Sergipe, no período de 2010-2020, usando os seguintes códigos da CID-10: O10-Hipertensão pré-existente com complicação grave no parto e puerpério; O11-Distúrbio hipertensivo pré-existente + proteinúria superposta; O14-Hipertensão gestacional sem proteinúria significativa; O15-Eclâmpsia. Os critérios avaliados foram: prevalência, etnia/raça, escolaridade, período e local da morte. **Resultados:** Foram registrados 3.395 óbitos no Brasil entre 2010-2020, sendo 1,65% (56 óbitos) em Sergipe, e a maioria decorrente da eclâmpsia 50,81%. As mulheres pardas representam a maioria dos óbitos por SHG (53,91%), e também em Sergipe (60,71%). Sobre o nível de escolaridade, 1.244 mortes (36,64%) ocorreram em mulheres com 8-11 anos de estudos e, em Sergipe, a maior prevalência também se apresentou nessa categoria, com 23 mortes (41,07%). Além disso, no Brasil, a mortalidade materna foi maior no puerpério (60,41%), como também em Sergipe, onde 1,90% dos óbitos ocorreram no período puerperal. **Conclusão:** A prevalência de morte materna por SHG é alta no Brasil e no Estado de Sergipe. O perfil epidemiológico destas pacientes é formado por mulheres de média escolaridade, pardas e nordestinas, sendo o momento de maior prevalência os 45 dias pós-parto, e a maior frequência de óbitos em ambiente hospitalar. Em Sergipe, o perfil se assemelha ao padrão do país.

Palavras-chave: perfil epidemiológico, mortalidade materna, doença hipertensiva gestacional.

ABSTRACT

Introduction: Gestational hypertensive syndromes (GHS) are a major cause of maternal morbidity and mortality. Among these syndromes are: preeclampsia, eclampsia, chronic hypertension and HELLP syndrome. Due to the high prevalence of deaths from these conditions, updates on clinical and epidemiological data are important for the proper

management of these syndromes. Objective: To evaluate the epidemiological profile of patients who died of SHG between 2010 and 2020, in Brazil and in the state of Sergipe, highlighting the maternal socioeconomic characteristics and place and time of occurrence of the deaths, in order to highlight the bottlenecks in prenatal, peripartum and puerperium. Method: This is an observational and descriptive study, with information collected in the TabNet-DataSUS database, with analysis of the profile of maternal deaths by SHG, in Brazil and Sergipe, in the period 2010-2020, using the following ICD-10 codes: O10-Pre-existing hypertension with severe complication in labor and puerperium; O11-Pre-existing hypertensive disorder + superimposed proteinuria; O14-Gestern hypertension without significant proteinuria; O15-Eclampsia. The criteria evaluated were: prevalence, ethnicity/race, education, period and place of death. Results: 3,395 deaths were recorded in Brazil between 2010-2020, with 1.65% (56 deaths) in Sergipe, and most resulting from eclampsia 50.81%. Brown women represent the majority of deaths by SHG (53.91%), and also in Sergipe (60.71%). About the level of education, 1,244 deaths (36.64%) occurred in women with 8-11 years of schooling, and in Sergipe, the highest prevalence was also presented in this category, with 23 deaths (41.07%). Moreover, in Brazil, maternal mortality was higher in the puerperium (60.41%), as well as in Sergipe, where 1.90% of deaths occurred in the puerperal period. Conclusion: The prevalence of maternal death from SHG is high in Brazil and in the state of Sergipe. The epidemiological profile of these patients is formed by women of average education, brown and northeastern, with the moment of highest prevalence being 45 days postpartum, and the highest frequency of deaths in hospital settings. In Sergipe, the profile resembles the pattern of the country.

Keywords: epidemiological profile, maternal mortality, gestational hypertensive disease.

1 INTRODUÇÃO

Gravidez de alto risco caracteriza-se como gestação com chance elevada de ocorrência de uma evolução desfavorável, tanto para a mãe quanto para o feto. Isso decorre de alguns fatores, como doenças da genitora, agravos ou intercorrências durante o período gestacional (MANUAL TÉCNICO).

Dentre estes agravos, encontram-se as síndromes hipertensivas, evidenciadas na forma de hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP. Afecções como estas, podem aumentar o número de complicações gestacionais em cerca de 7 a 10%. Em casos em que a doença se apresenta antes das 34 semanas de gestação, foram reportadas taxas de mortalidade perinatal em torno de 5%. (FIGO PREGNANCY HYPERTENSION)

A hipertensão arterial gestacional, também chamada de síndrome hipertensiva gestacional (SHG), é considerada uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico puerperal, com incidência em 6% a 30% das gestantes, e resulta em alto risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal (PERAÇOLI e PERPINELLI, 2005). Estas são caracterizadas por níveis pressóricos iguais ou acima de 140 mmHg para a

pressão sistólica e 90 mmHg para pressão diastólica, sendo esta identificada na fase V de Korotkoff (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007) .

Segundo a FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia), os dados epidemiológicos da pré-eclâmpsia são subestimados, porém estima-se que, no Brasil, a incidência da doença esteja em torno de 3 a 5% das gestações. Estudos já mostram, também, a grande relação entre o risco subsequente de desenvolvimento da pré-eclâmpsia em gestações posteriores, com isso, o risco de desenvolvimento é 8 vezes maior em comparação a quem não teve a doença em gestações anteriores. (BARTSCH, E. et al., 2016).

A pré-eclâmpsia (PE) é referida como o novo início de hipertensão e proteinúria ou hipertensão e disfunção significativa de órgãos-alvo com ou sem proteinúria após 20 semanas de gestação em uma mulher previamente normotensa. Já a pré-eclâmpsia grave é definida como a PE associada a complicações materno-fetais, que são graves o suficiente para que haja risco iminente de comprometimento dessa relação. O quadro pode evoluir para episódios de eclâmpsia, edema agudo de pulmão, síndrome HELLP e oligúria.

A conduta estabelecida para a pré-eclâmpsia é a internação da gestante em uma unidade de alto risco, independente da sua gravidade, para melhor acompanhamento de sua evolução. O tratamento independe da gravidade do quadro clínico da paciente, pois qualquer paciente com PE, mesmo que aparentemente com quadro benigno, pode subitamente desenvolver complicações graves o suficiente para resultarem em óbito materno e/ou fetal. No nosso país, aproximadamente três mulheres evoluem para óbito diariamente devido a complicações hipertensivas no ciclo gravídico e puerperal (MORSE, et al, 2011)

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

Por fim, a hipertensão crônica é a presença de hipertensão reportada pela gestante ou identificada antes de 20 semanas de gestação. Ela é o precursor mais importante e frequente de isquemia miocárdica, acidentes vasculares cerebrais e insuficiência cardíaca congestiva que causam morte. É, também, a principal causa de morte materna e origem de complicações fetais e neonatais, com aumento da mortalidade neonatal. Assim, a

hipertensão arterial é fator determinante de risco para a gravidez, especialmente quando existe insuficiência renal progressiva, insuficiência coronariana, antecedente de infarto do miocárdio ou de AVC associados.(POLI, MELLO, et al., 2009)

As síndromes hipertensivas são consideradas um problema de saúde pública mundial, tendo no Brasil um alto índice de morbimortalidade materno-fetal. Segundo Ferreira, et al (2015), a identificação do perfil sociodemográfico e clínico das gestantes com doença hipertensiva específica da gestação, no que se refere a determinantes de patologias, pode proporcionar o delineamento de vulnerabilidades e promover a intervenção precoce, com informações e educação em saúde, acompanhamento especializado em centros de referência, permitindo o diagnóstico precoce da pré-eclâmpsia/eclâmpsia e podendo diminuir a morbimortalidade materno-fetal.

Ao compreender tal fato, é necessário atentar-se para a importância de entender o perfil epidemiológico das síndromes hipertensivas gestacionais, em função da gravidade, e da alta mortalidade existente no Estado de Sergipe e no Brasil.

2 OBJETIVO

Definir o perfil epidemiológico da mortalidade materna por síndromes hipertensivas gestacionais, classificadas pela CID-10, no Brasil e em Sergipe, segundo a prevalência, etnia/raça, escolaridade, momento e local do óbito..

3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, com informações coletadas a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (TabNet-DataSUS), no endereço eletrônico (<http://www.data-sus.gov.br>). A pesquisa ocorreu nos meses de janeiro a maio de 2022. A população estudada foi selecionada por meio da notificação na Declaração de Óbito, com causa imediata da morte classificada pela CID-10 (Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição). Os seguintes códigos foram analisados: O10 - Hipertensão pré-existente com complicação grave no parto e puerpério; O11 - Distúrbio hipertensivo pré-existente + proteinúria superposta; O14 - Hipertensão gestacional sem proteinúria significativa; O15 - Eclâmpsia. A partir desses dados, os resultados foram analisados sob os critérios de “região” - dividida em “norte”, “nordeste”, “centro-oeste”, “sudeste” e “sul” do Brasil - bem como “etnia/ raça”, “escolaridade”, “momento da morte” e “local

de ocorrência”. Todos os critérios foram analisados em relação ao Brasil e ao estado de Sergipe. Com essas informações foram construídas tabelas no programa Microsoft Excel.

Não houve necessidade de o estudo ser submetido à apreciação do Comitê de Ética por tratar-se de análise de banco de dados disponibilizado em plataforma de domínio público.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados analisados neste estudo, observou-se que o Brasil teve 3.395 mortes maternas por síndromes hipertensivas na década de 2010-2020. E Sergipe representou 1,65% (56 óbitos) por essa causa. Quanto à análise das regiões brasileiras, a região nordeste foi a que obteve maior número, com 1.295 óbitos (38,14%), seguida pela região sudeste 1.076 (31,69%), região norte 516 (15,19%), região centro-oeste 281 (8,28%) e região sul 277 (8,16%). Dentre as síndromes hipertensivas, a causa mais prevalente foi a Eclâmpsia, sendo responsável por 50,81% de todas as mortes maternas do país.

Tabela 01: Frequência absoluta de mortalidade materna por Síndromes Hipertensivas Gestacionais (de acordo com o CID-10), no Brasil e nas regiões do país, no período de 2010 a 2020.

CID-10	O10	O11	O14	O15
BRASIL	301	51	1318	1725
REGIÃO NORTE	24	01	130	341
AMAZONAS	05		26	69
RONDÔNIA	02		13	20
ACRE			07	10
RORAIMA			04	09
AMAPÁ	02		06	13
PARÁ	13	01	68	191
TOCANTINS	02		06	29
REGIÃO NORDESTE	125	11	458	701
MARANHÃO	21	01	75	195
PIAUÍ	04		37	67
CEARÁ	17		72	104
RIO GRANDE DO NORTE	16	02	18	26
PARAÍBA	11	01	40	32
PERNAMBUCO	18	03	61	85
ALAGOAS	06	02	14	32
SERGIPE	03	01	28	24
BAHIA	29	01	113	136
REGIÃO CENTRO-OESTE	14	06	136	125
MATO GROSSO	05	02	44	33
MATO GROSSO DO SUL	02		27	23
GOIÁS	04	03	46	56
DISTRITO FEDERAL	03	01	19	13
REGIÃO SUDESTE	117	17	467	445

SÃO PAULO	56	04	183	218
RIO DE JANEIRO	30	06	124	102
MINAS GERAIS	21	06	133	100
ESPÍRITO SANTO	10	01	27	25
REGIÃO SUL	21	16	127	113
PARANÁ	08	16	63	53
SANTA CATARINA	03		17	26
RIO GRANDE DO SUL	10		47	34

Fonte: DATASUS.

De acordo com MORSE, et al. (2011), a morbimortalidade materna ainda acompanha a gravidez, parto e puerpério. No Brasil, a morte materna se configura como um problema de saúde pública e, segundo dados do Ministério da Saúde, em 2006, a razão de mortalidade materna (RMM) foi estimada em 77,2/100.000 nascidos vivos (NV). As regiões Norte e Nordeste têm os piores indicadores, enquanto as regiões Sul e Sudeste têm as menores RMM (MORSE et al., 2011).

Segundo KAHHALE et al. (2018), a pré-eclâmpsia é a complicação mais frequente na gestação e pode comprometer tanto a saúde materna quanto a fetal. Corroborando com esses autores, outro estudo aponta que a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia continuam sendo a principal causa de morbimortalidade materna no Brasil, especialmente em regiões com recursos limitados. No entanto, sugere que a detecção das síndromes hipertensivas gestacionais e o tratamento adequado podem reduzir consideravelmente a taxa de mortalidade (AMORIM et al., 2017).

Num estudo retrospectivo realizado na Paraíba, com 1.874 pacientes, entre janeiro de 2009 e dezembro de 2010, observou-se uma maior incidência da pré-eclâmpsia grave com 71 (42%) dos casos, seguido da hipertensão crônica com pré eclâmpsia sobreposta 38 (22%) (BRITO, MOURA, et al. 2015).

Em outro estudo, do total de 459 prontuários avaliados, 51 gestantes apresentaram diagnóstico médico de síndrome hipertensiva gestacional, caracterizando uma prevalência de 11,1% (IC95%: 8,2-14). Dentre estas gestantes, 39,2% foram classificadas com hipertensão gestacional, 23,5% pré-eclâmpsia, 21,6% hipertensão crônica, 3,9% hipertensão arterial secundária, 2% síndrome HELLP, 5,9%, hipertensão crônica somada a pré-eclâmpsia, 2% hipertensão crônica somada a eclâmpsia e 2% hipertensão gestacional somada a eclâmpsia (KERBER e MELERE, 2017).

Em uma revisão de 179 casos consecutivos de eclâmpsia, alguns dos fatores identificados como responsáveis pela falha na prevenção das convulsões foram o erro médico (36%) e a falta de cuidado pré-natal (19%) (NORWITZ, 2002). Ou seja, a falha

no cuidado e na assistência médica prestada também podem impactar de forma consistente no trágico desfecho que as síndromes hipertensivas gestacionais podem ter.

Para o Ministério da Saúde do Brasil, as portadoras de eclâmpsia são consideradas gestantes de alto risco, apresentando maiores probabilidades de evolução desfavorável e, por isso, devem receber uma atenção especializada em um serviço de referência (BRASIL, 2010). Entretanto, o acesso desigual aos serviços de saúde e o atraso na identificação e manejo das complicações relacionadas à gestação são grandes obstáculos para a sobrevivência e a qualidade de vida materna (SOUZA, 2015).

Em relação à etnia/raça, as mulheres pardas foram as mais prevalentes dentre as mortes maternas ocorridas na década pesquisada, tanto no país como no estado sergipano, representando 53,91% e 60,71%, respectivamente.

Segundo dados da literatura, a raça não-branca é fator de risco para pré-eclâmpsia, independente de fatores como idade, pré-eclâmpsia prévia, obesidade e paridade. Possivelmente este fator pode estar associado ao fato da hipertensão arterial ser mais prevalente nesta população (ASSIS et al., 2008).

O nível de ensino também merece atenção, uma vez que a baixa escolaridade pode representar fator de risco, pois está relacionada ao menor acesso à informação e ao limitado entendimento da importância dos cuidados com a saúde (COSTA, CURA, et al, 2018).

Sobre o nível de escolaridade, os dados predominantes no Brasil foram de 827 mortes maternas em mulheres com 4 a 7 anos de estudos, e 1.244 mortes em mulheres com 8-11 anos de estudos. Em Sergipe, a maior prevalência também se apresentou nessas duas categorias, sendo 14 e 23 casos, respectivamente. Apesar de poucos anos de estudo apresentarem grandes proporções, não há correlação estatística à ocorrência da morte pelas síndromes. Vários estudos, no entanto, evidenciam que o grau de escolaridade de um indivíduo pode estar relacionado à sua capacidade de obter informação acerca dos cuidados sobre sua própria saúde, tornando-se vulnerável a desenvolver determinadas doenças (SILVA, SANTOS, et al., 2010).

Corroborando com os dados da nossa pesquisa, um outro estudo mostrou que o grau de escolaridade mais frequente dentre as mortes maternas por eclâmpsia, entre 2009-2019, no Brasil, foi de 8 a 11 anos de estudo, com 570 mortes (32,6%), seguida pelo intervalo de 4 a 7 anos (461 óbitos – 26,4%), 1 a 3 anos (180 óbitos – 10,3%), mais de 12 anos de escolaridade (159 óbitos – 9,1%). Em 321 óbitos a escolaridade foi ignorada (MENEZES, FONTES, BALDIN, et al., 2021).

Também semelhante aos dados aqui apresentados, um estudo feito com com 1.874 pacientes, realizado em João Pessoa (PB), entre janeiro de 2009 e dezembro de 2010, demonstrou que a maioria correspondia à cor parda com 97 (57%) do total das gestantes; 89 (52,3%) cursavam ou concluíram o ensino médio; 90 (52,9%) moravam em João Pessoa/PB e 103 (60,6%) apresentavam renda familiar inferior a três salários mínimos; sendo que 128 (75,3%) apresentavam situação conjugal casada ou com união estável(BRITO, MOURA, et al. 2015).

Tabela 02: Frequência absoluta da mortalidade materna por Síndromes Hipertensivas Gestacionais(de acordo com o CID-10), segundo a etnia/raça e o nível de escolaridade, no Brasil(BR) e em Sergipe(SE), no período de 2010 a 2020.

CID-10 CARACTERÍSTICAS	O10		O11		O14		O15	
	BR	SE	BR	SE	BR	SE	BR	SE
ETNIA/RAÇA								
BRANCA	85		21		407	06	439	04
PRETA	48		11	01	179	04	194	05
AMARELA					03		08	
PARDA	158	03	15		680	17	977	14
INDÍGENA	02				12		38	
RAÇA IGNORADA	08		04		37	01	69	01
ESCOLARIDADE								
NENHUMA	12		01		33	02	50	02
1 A 3 ANOS	41	01	05		114	02	174	02
4 A 7 ANOS	76		16		280	10	455	04
8 A 11 ANOS	101	02	20	01	519	10	604	10
12 OU MAIS ANOS	25		06		173	04	148	03
IGNORADA	46		03		199		294	03

Fonte: DATASUS..

O período em que o óbito ocorreu (momento da morte), por sua vez, corrobora com os dados encontrados na literatura, tanto para o país como para o estado de Sergipe, já que o período de maior gravidade se concentra entre a gestação e o puerpério. No Brasil, observou-se que 862 mortes ocorreram durante a gravidez e 2051 no puerpério. Já em Sergipe, esse número representou 12 mortes na gravidez e 39 no puerpério, sendo 1,39% de mortes no período gestacional e 1,90% no período puerperal. Isso talvez demonstre não só a falha da triagem durante o pré-natal, como também a falta de assistência materna durante o período puerperal. Além disso, o principal local de ocorrência da morte materna se dá no hospital, sendo 3.131 mortes no Brasil e 55 mortes em Sergipe. Isso só incide na questão da falha da Atenção Primária à Saúde da População materna, a qual deveria ser o maior vínculo de assistência durante todas as fases da vida.

Tabela 03: Frequência absoluta da mortalidade materna por Síndromes Hipertensivas Gestacionais (de acordo com o CID-10), segundo o momento da morte e o local de ocorrência, no Brasil(BR) e em Sergipe(SE), no período de 2010 a 2020.

CID-10 CARACTERÍSTICAS	O10		O11		O14		O15	
	BR	SE	BR	SE	BR	SE	BR	SE
MOMENTO DA MORTE								
NA GRAVIDEZ, PARTO OU ABORTO	111		12		244	04	494	08
NO PUERPÉRIO, ATÉ 42 DIAS	141	02	34	01	916	22	960	14
DE 43 DIAS A 01 ANO APÓS GRAVIDEZ	18		02		26		31	02
NÃO NA GRAVIDEZ OU PUERPÉRIO	06				17	01	33	
PERÍODO INFORMADO	03				18		27	
INCONSISTENTE								
NÃO INFORMADO	22	01	03		97	01	180	
LOCAL DE OCORRÊNCIA								
HOSPITAL	246	03	46	01	126	28	157	23
					7		2	
OUTRO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	09		01		13		34	
DOMICÍLIO	34		04		20		54	01
VIA PÚBLICA	05				07		35	
OUTROS	07				11		29	
IGNORADO							01	

Fonte: DATASUS.

Um estudo mostrou que gestantes com síndromes hipertensivas gestacionais, que foram atendidas em hospitais, tiveram um atendimento tardio, pouco eficiente e com difícil acesso ao atendimento obstétrico durante a gestação e/ ou parto, demonstrando falhas na qualidade do atendimento e assistência prestados(SOARES, SOUZA et al., 2009). Um estudo realizado em Rio Grande do Sul, Brasil, revelou que, apenas 26,8% dos pré-natais realizados foram considerados como adequados, mesmo com uma média de 7,4 consultas e cobertura de pré-natal de 95,8%(GONÇALVES, CESAR e SASSI, 2009), também demonstrando a má qualidade do atendimento e da assistência prestada às gestantes, em geral.

Por outro lado, sabe-se que os aspectos sociodemográficos são importantes fontes de informações sobre a saúde da população, e podem ser aferidos por meio de vários indicadores. A condição socioeconômica da gestante, também pode influenciar de várias maneiras o risco da SHEG. Por exemplo, o nível educacional dificulta o relacionamento do profissional de saúde e a gestante, e pode levar a uma menor aderência às condutas preventivas e de controle dos agravos à saúde. A baixa renda pode levar a uma dificuldade maior no acesso à assistência por um serviço de saúde adequado. Estas informações são importantes, inclusive na análise das condições de vida, bem como para a tomada de

decisões políticas em relação à saúde da população(SILVA, SANTOS et al., 2010). Compreender esses dados pode impactar positivamente na assistência prestada às pacientes com síndromes hipertensivas, evitando desfechos e complicações desfavoráveis.

5 CONCLUSÃO

A prevalência de morte materna por SHG é alta no Brasil e no Estado de Sergipe. O perfil epidemiológico destas pacientes é formado por mulheres de média escolaridade, pardas e nordestinas, sendo o momento de maior prevalência os 45 dias pós-parto, e a maior frequência de óbitos em ambiente hospitalar. Em Sergipe, o perfil se assemelha ao padrão do país. O conhecimento do perfil de gestantes vítimas de óbito por SHG é importante para que os profissionais que atuam, principalmente no pré-natal, direcionem ações para o diagnóstico precoce e a prevenção das principais complicações que a Síndrome pode causar, incluindo a mortalidade materna. Ainda há uma defasagem de notificações e conhecimentos sobre o assunto, o que denota uma dificuldade em abordar e acompanhar as pacientes durante um pré-natal de alto risco. Com isso, é necessário novos estudos no país e nas diversas regiões, bem como no estados, como é o caso de Sergipe, a fim de quantificar a morbidade e mortalidade das SHG, bem como priorizar políticas públicas na área e melhorias nos sistemas de notificação, a fim de que profissionais de saúde em geral, e também as pacientes, tornem-se co-autores na prevenção e na assistência, e detenham conhecimento acerca das complicações materno-fetais dessas síndromes.

REFERÊNCIAS

ABALOS, E. et al. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 170, n. 1, p. 1–7, set. 2013.

ALTMAN, D., CARROLI G., DULEY L., et al. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. **Lancet**. v. 359, n.9321, p.1877-90, 2002.

AMORIM, F. C. M. et al. Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 4, p. 1574-83, 2017.

ASSIS, T.R.; VIANA, F.P.; RASSI, S. Fatores de risco para hipertensão na gravidez. **Arq. Bras. Cardiol.** v.91, n.1, p.11-17, 2008.

BARTSCH, E. et al. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. **BMJ**, p. 1753,2016.

BRAZIL; DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Gestação de alto risco: manual técnico**. [s.l: s.n.].

Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico – 5nd ed. – Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**; 2012.

BRITO, K.K.G; MOURA, J.R.P.; SOUSA, M.J.; BRITO, V.J.; OLIVEIRA, S.H.S.; SOARES, G.O.M.J. Prevalência das síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG). **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 3, p. 2717-2725, 2015.

COSTA,L.D., CURA, C.C., PERONDI, A.R., FRANÇA, V.F., BORTOLOTI, D.S. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare enferm.**, v.21, n. 2, p. 1-8, 2018.

FERREIRA, G.R.; PISSETTI, C.W., SILVA, S.R. Perfil sociodemográfico de gestantes portadoras de pré eclâmpsia: estudo caso-controle. **Enferm Obstétr.**, v. 2, n.1, p 25-34, 2015.

Disponível em:
<www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/download/24/26>

GONÇALVES, C.V., CESAR, J.A., SASSI, R.A.M. Qualidade e equidade na assistência a gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v.25, n.11, p. 2507-2516, 2009.

KAHHALE, S.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. Pré-eclampsia. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 2, p. 226, 2018.

KERBER, G.F., MELERE C. Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. **Rev Cuid**.v.8, n.3,p. 1899-1906, 2017

MAGEE, L. A. **The FIGO textbook of pregnancy hypertension: an evidence-based guide to monitoring, prevention and management**. [s.l: s.n.].

MENEZES, J.P.L., FONTES, G.Q., BALDIN, L., OLIVEIRA, V.G.M., FONTES, L.R.G. et al, Perfil epidemiológico de mortalidade materna por eclâmpsia entre 2009-2019 no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 20058-20070, 2021.

MORSE, M.L.I.; FONSECA, S.C.; GOTTGROY, C.L.; WALDMANN, C.S.; GUELLER, E. Morbidade Materna Grave e Near Misses em Hospital de Referência Regional. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.14, n.2, p.310-22, 2011.

National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. **Am J Obstet Gynecol**, v.183, n. 1, 2000.

NORWITZ, E.R.; HSU,C.; REPKE, J.T. Acute complications of preeclampsia. **Clin Obstet Gynecol.**, v.45, n. 2, p 308-329, 2002.

NOVO, J.L.V.G.; GIANINI, R.J. Mortalidade materna por eclâmpsia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v.10, n.2, p.209-217, 2010.

PERAÇOLI, J.C., PARPINELLI, M.A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.27, n.10, p. 627-634, 2005.

POLI, M.E.H., MELLO, C.R., MACHADO, R.B., PINHO NETO, J.S. , SPINOLA, P.G., TOMAS G., SILVEIRA, M.M., FORMIGA FILHO, J.F.N., FERRARI, A.E.M., GIORDANO, M.V., ALDRIGHI, J.M., GIRIBELA, A.H.G, ARAÚJO, F.F., MAGALHÃES, J., BOSSEMEYER, R.P. Manual de anticoncepção da FEBRASGO. **FEMINA**, v. 37,n.. 9, p. 459-492, 2009.

SOARES V.M.N., SOUZA, K.V., FREYGANG, T.C, CORREA V., SAITO, M.R. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n. 11, p 566-573, 2009.

SILVA, M.P., SANTOS, Z.M.S.A., NASCIMENTO, R.O., FONTELES, J.L.. Avaliação das condutas de prevenção da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez entre adolescentes. **Rev Rene Fortaleza**, n. 11, v. 4, p. 57-65, 2010.

SOUZA, J.P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030), 2015