

# HIPERTENSÃO ARTERIAL E FATORES DE RISCO EM GESTANTES ATENDIDAS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

**Janete Lane Amadei**

Docente do Curso de Farmácia e Bioquímica do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR; Farmacêutica. E-mail: janete@cesumar.br

**Caroline Guelfe Merino**

Farmacêutica graduada pelo Centro Universitário de Maringá – CESUMAR. E-mail: carol\_guelfe@hotmail.com

**RESUMO:** Este estudo investiga a prevalência de hipertensão e fatores de risco em gestantes atendidas em Unidade Básica de Saúde localizada na cidade de Cianorte, Paraná. Foram entrevistadas 52 pacientes com aplicação de instrumento de pesquisa em forma de questionário abordando hipertensão e os fatores de risco para desenvolvimento de síndromes hipertensivas. Como resultado, obteve-se que não houve diferenças significativas entre os dados obtidos na população estudada (15,38%) e o referencial teórico para síndromes hipertensivas na gestação (10 a 22%). Sobre os fatores de risco, as gestantes apresentam os fatores nuliparidade, obesidade, herança familiar, sedentarismo e raça negra e não apresentam os fatores tabagismo, idade materna avançada e gestação gemelar. Na análise de razão de chances da ocorrência dos fatores de risco na hipertensão durante a gravidez observa-se que: o fator de risco raça é de 1,6 vezes maior para a raça negra em relação à branca; herança familiar é 3,6 vezes maior para gestantes que relatam ter as doenças na família; 0,07 maior para o consumo de leite e derivados para reposição de cálcio e 0,64 para a prática de atividades físicas. Concluímos que este levantamento permite uma estimativa regional do problema, permitindo detectar falhas na qualidade da assistência, norteadando intervenções na assistência básica para prevenção da hipertensão entre parturientes e poderão servir de sustentação para projetos de promoção da saúde, melhorando a qualidade de vida das gestantes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão; Gestação; Mortalidade Materna.

## ARTERIAL HYPERTENSION AND RISK FACTORS AMONG PREGNANT WOMEN IN A BASIC HEALTH UNIT

**ABSTRACT:** This study investigates the prevalence of hypertension and risk factors in pregnant women in a primary health care unit located in the city of Cianorte, Paraná, Brazil. 52 patients were interviewed, with the application of a research instrument in the form of a questionnaire addressing hypertension and risk factors for the development of hypertensive disorders. Results showed no significant differences between the data obtained in the study population (15.38%) and the theoretical framework for hypertensive disorders in pregnancy (10-22%). Regarding risk factors, pregnant women present nulliparity, obesity, family heritage, sedentarieness and black race and do not present smoking, advanced maternal age and twin pregnancy. When examining the odds ratio of the occurrence of risk factors in hypertension during pregnancy it is observed that: the risk factor race is 1.6 times higher for blacks compared to white; family heritage is 3.6 times greater for women who report having the illness in the family, 0.07 higher for the consumption of milk and dairy products for calcium supplementation and 0.64 for physical activity. In conclusion, this survey allows a regional estimate of the problem, allowing detection

of flaws in the quality of care, guiding interventions in primary care for prevention of hypertension among pregnant women and may serve as support for projects promoting health, improving the quality of life of patients.

**KEYWORDS:** Hypertension; Pregnancy; Maternal Mortality.

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial na gestação ou doença específica da gestação caracteriza-se pelo aumento da resistência vascular periférica, levando a um aumento da pressão arterial e ocorre em 10 a 22% das gestações, contribuindo significativamente para sérias complicações maternas e fetais (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2005; OLIVEIRA et al., 2006).

As síndromes hipertensivas da gestação permanecem como um problema de saúde pública, enfatizando o desenvolvimento de estratégias de atendimento como diagnóstico correto, acesso ao atendimento de saúde, monitoração da pressão arterial e seguimento farmacoterapêutico, segundo as características de cada paciente.

As gestantes hipertensas exigem cuidados especiais tais como: seguimento pré-natal diferenciado com exames laboratoriais específicos, avaliação fetal minuciosa e maior possibilidade de hospitalização durante a gestação, decorrente de riscos maternos e fetais associados. Esses cuidados protegem a mãe e o feto de complicações que uma hipertensão arterial não controlada possa ocasionar durante a gestação (COELHO et al., 2004). No atual sistema de saúde, o acesso das gestantes a estes cuidados é realizado nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios.

A atuação da equipe multidisciplinar, inclusive do farmacêutico, é fundamental na prevenção de doenças, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade materna e fetal e dos custos da atenção à saúde, oferecendo melhor qualidade de vida à população.

A mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o final da gestação, relacionada a qualquer causa ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2005).

A hipertensão arterial é a complicação mais comum na gravidez, ocorrendo de 10 a 22% nas gestações, contribuindo significativamente para sérias complicações maternas e fetais. Entre estas gestantes, algumas podem apresentar quadro de urgência ou emergência hipertensiva, exigindo hospitalização, monitorização contínua, parto precoce, tratamento anti-hipertensivo parenteral e terapia convulsivante (OLIVEIRA et al., 2006).

Com incidências que variam entre 5% a 10% em todo o mundo, as síndromes hipertensivas associadas à gestação representam a principal causa de mortalidade materna em muitos países e respondem por 20% a 25% da mortalidade perinatal global (TEDESCO et al., 2004).

Hipertensão arterial, infecção e hemorragia não estão mais entre as principais causas de morte materna nos países

desenvolvidos, porém continuam em destaque nos países em desenvolvimento como o Brasil, onde a hipertensão arterial é a causa de morte materna mais frequente (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

A hipertensão arterial na gestação ou doença específica da gestação é caracterizada pelo aumento da resistência vascular periférica, levando a um aumento nos níveis tensionais da pressão arterial para valores em torno de 140 mmHg (sístole) e 90 mmHg (diástole) (DIAS et al., 2005). O aumento da resistência vascular está relacionado a um desequilíbrio entre substâncias vasodilatadoras e vasoconstritoras. A vasoconstrição da artéria e o volume plasmático reduzido podem levar à hipoperfusão de diversos órgãos e consequente falência dos mesmos (NOGUEIRA; REIS; REIS, 2001).

As síndromes hipertensivas que ocorrem durante a gestação são classificadas em hipertensão gestacional, hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta e eclâmpsia (FERRÃO et al., 2006). Essas síndromes se diferenciam quanto à prevalência, gravidade e efeitos sobre o feto (OLIVEIRA et al., 2006).

A hipertensão gestacional ocorre em cerca de 10% das gestantes grávidas primíparas normotensas, caracterizando-se por apresentar pressão arterial elevada que surge após a vigésima semana da gestação e costuma desaparecer até dez dias após o parto (WANNWACHER, 2004). A prevalência de hipertensão gestacional em gestantes nulíparas é de 6 a 17%, sendo 2 a 4% em gestantes múltíparas. Entre 20 a 50% das gestantes com hipertensão gestacional apresentam progressão para pré-eclâmpsia, que se caracteriza pela presença elevada de proteína na urina (proteinúria), podendo desenvolver-se antes ou após o parto (OLIVEIRA et al., 2006).

A hipertensão crônica é aquela que se manifesta antes da gravidez, com apresentação de níveis pressóricos permanentes iguais ou superiores a 140 mmHg x 90 mmHg e que é diagnosticada antes da vigésima semana de gestação ou pela primeira vez durante a gravidez, não desaparecendo no período puerperal. Como fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial crônica destacam-se a herança familiar, raça negra, sedentarismo, tabagismo, idade materna avançada e obesidade (TEDESCO et al., 2004).

A pré-eclâmpsia é uma síndrome sistêmica específica da gestação que afeta todo o organismo da mulher, principalmente placenta, rim, fígado e cérebro. Caracteriza-se por início ou piora da hipertensão arterial, acompanhada de proteinúria e elevação dos níveis de creatinina sérica, ácido úrico e transaminases (WANNMACHER, 2004). O nível de proteinúria é considerado alterado quando estiver superior a 300 mg/24 horas ou pelo menos 2+ em análise qualitativa. Na maioria das vezes a proteinúria é uma manifestação tardia da pré-eclâmpsia (PASCOAL, 2002). Sua prevalência em gestação gemelar é de 14%, podendo chegar a 40% em gestantes com pré-eclâmpsia prévia (OLIVEIRA et al., 2006). Constitui a mais grave das complicações hipertensivas na gestação e o tratamento definitivo consiste em interrupção da gravidez e prevenção das complicações maternas (PASCOAL, 2002). Quando não tratada ou não interrompida a gestação, pode ocorrer a evolução natural

da doença, desenvolvendo-se para as formas graves, entre elas a eclâmpsia (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

A pré-eclâmpsia sobreposta caracteriza-se pelo surgimento de proteinúria em gestantes hipertensas que não apresentam proteinúria antes de 20 semanas de gestação ou aumento importante da proteinúria, da pressão arterial ou plaquetas em gestantes (OLIVEIRA et al., 2006). Ao alterar a pressão arterial prévia pode-se ocasionar deslocamento prematuro da placenta, restrição ao crescimento fetal ou morte, insuficiência cardíaca e renal (CORDOVIL, 2003).

A eclâmpsia ou síndrome convulsiva tônico-clônica generalizada se instala em gestantes com hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia que não possuem um controle pré-natal adequado. Pode ocorrer durante a gestação, na evolução do trabalho de parto e nas primeiras 24 horas do puerpério (GUERRERO, 2005). Pode ser precedida pelo agravamento do quadro hipertensivo e por sintomas próprios da iminência de eclâmpsia, como cefaleia, diplopia, visão turva, escotomas, epigastralgia e dor em hipocôndrio direito. Acompanhada frequentemente por alterações funcionais no sistema cardiovascular, sistema nervoso central, rins e fígado (VASCONCELLOS et al., 2002).

Gestantes com hipertensão arterial estão predispostas a desenvolver complicações, como o deslocamento prematuro de placenta, coagulação intravascular disseminada, hemorragia cerebral, falência hepática e renal. Entre as complicações fetais está o baixo peso ao nascer, redução do suprimento de oxigênio e nutrientes e o maior risco de desenvolver doenças pulmonares agudas e crônicas.

As gestantes hipertensas precisam de cuidados especiais: seguimento pré-natal diferenciado com exames laboratoriais específicos, avaliação fetal minuciosa e maior possibilidade de hospitalização durante a gestação, decorrente de riscos maternos e fetais associados (COELHO et al., 2004). Esses cuidados têm o objetivo de proteger a mãe e o feto de complicações que uma hipertensão arterial não controlada possa ocasionar durante a gestação, favorecendo o crescimento fetal, maturidade, viabilidade, e o seu nascimento sem o comprometimento neurológico (MOTTA; FERRAZ, 2003).

Os principais fatores de risco que favorecem o desenvolvimento de síndromes hipertensivas na gestação são: nuliparidade, extremos de idade materna, cor e obesidade (FERRÃO et al., 2006; TEDESCO et al., 2004).

A terapêutica anti-hipertensiva tem a finalidade de evitar as complicações que a hipertensão arterial pode causar, reduzindo os níveis tensionais com o cuidado para não permitir uma queda acentuada da pressão arterial, pois a redução de fluxo útero – placentário poderá levar ao sofrimento fetal. Recomenda-se que a pressão arterial diastólica permaneça entre 90 mmHg e 110 mmHg (CORDOVIL, 2003; GANEM; CASTIGLIA, 2002).

No caso de maior severidade na hipertensão arterial durante a gestação, não existem dúvidas quanto à necessidade de se baixar os níveis pressóricos. Para tanto, utiliza-se de drogas anti-hipertensivas adequadas (TEDESCO et al., 2004).

A farmacoterapia anti-hipertensiva somente será necessária se depois de um período de repouso e mudanças no

estilo de vida a pressão arterial da gestante estiver igual ou maior que 150/100 mmHg e apresentar elevações típicas noturnas em mais de um controle tensional (VIGOA et al., 2005).

O tratamento da hipertensão arterial na gestação tem objetivos terapêuticos específicos com desfechos clínicos relevantes, incluindo sobrevida e bem estar materno e fetal, desenvolvimento normal do parto e prevenção de eclâmpsia (WANNMACHER, 2004).

O início do tratamento da pré-eclâmpsia consiste na redução da pressão sanguínea materna e aumento do fluxo sanguíneo placentário (FERRÃO et al., 2006).

No tratamento medicamentoso, suplementos diários de cálcio reduzem o risco de hipertensão e pré-eclâmpsia em mulheres com alto risco de desenvolver hipertensão na gestação. Suplementos diários de 1g de cálcio reduzem o risco de hipertensão e pré-eclâmpsia em mulheres com alto risco de hipertensão gestacional e com baixa ingestão de cálcio na dieta (WANNMACHER, 2004).

Outra alternativa é utilização de baixas doses de ácido acetilsalicílico (60 a 100 mg/dia). A administração deste medicamento deve ser evitada no primeiro trimestre da gestação, por ter um potencial teratogênico, começando na 12ª semana de gestação, e deve-se evitar o seu uso no último trimestre, por risco de complicações para a mãe e para o bebê durante o parto (DUSSE; VIEIRA; CARVALHO, 2001; PASCOAL, 2002).

Diante do exposto, esse estudo tem como objetivo verificar a prevalência de hipertensão e seus fatores de risco em gestantes atendidas por unidade básica de saúde de município de médio porte.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Estudo quantitativo com análise descritiva dos dados. Foram entrevistadas 52 gestantes residentes em Cianorte, Paraná, cadastradas no Programa de Atendimento às Gestantes em Unidade Básica de Saúde, no período de julho a agosto de 2006, por ser esta amostra estatisticamente representativa.

O material utilizado para a coleta dos dados constituiu-se de um instrumento composto por questões sobre os fatores de risco que favorecem o desenvolvimento de síndromes hipertensivas (idade, nuliparidade, herança familiar e tabagismo), após adesão através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá (CESUMAR), conforme parecer nº 304/ 2007. Os dados foram coletados na Unidade Básica de Saúde - Núcleo Integrado de Saúde II de Cianorte, Paraná.

O procedimento de abordagem às gestantes foi realizado de maneira uniforme. O critério de exclusão aplicou-se apenas para mulheres com suspeita de gestação sem confirmação através de exames. No momento da entrevista, a técnica de aferição da pressão arterial das gestantes consistiu de repouso mínimo da gestante por 10 minutos e procedidas conforme técnica, bem como foram realizadas antes das

consultas de pré-natal. Para a caracterização da hipertensão arterial utilizou-se a IV Diretrizes da Hipertensão Arterial no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004), que preconiza pressão arterial maior ou igual a 140 x 90 mmHg e, entre as gestantes, de acordo com relato das mesmas, referindo-se como hipertensas.

Os dados foram organizados e medidos por meio da distribuição de frequência e agrupamento por categoria e apresentados em forma de tabela de distribuição de frequência.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a discussão dos resultados foi adotada a nomenclatura gestantes para a amostra total do estudo (n = 52) e gestantes hipertensas para as gestantes com diagnóstico de hipertensão (n = 8).

A amostra estudada (tabela 01) apresenta predominância de idade entre 20 e 30 anos (69,23%), ensino fundamental incompleto (32,69%), renda familiar entre 2 a 5 salários mínimos (76,92 %) e casadas (71,15%), a maioria acima de 6 meses de gestação.

Tabela 1 Frequência de dados socioeconômicos das gestantes

Variável		Frequência	%
Idade	Menos de 20 anos	7	13,46
	20-30 anos	36	69,23
	31-40 anos	9	17,31
Escolaridade	Fundamental incompleto	17	32,69
	Fundamental completo	9	17,31
	Médio incompleto	12	23,07
	Médio completo	11	21,15
	Superior incompleto	2	3,85
	Superior	1	1,92
Renda familiar	Até 1 salário mínimo	11	21,16
	2 a 5 salários mínimos	40	76,92
	Acima de 5 salários mínimos	1	1,92
Estado civil	Solteira	6	11,54
	Casada	37	71,15
	Separada/divorciada	0	0,00
	Outros	9	17,31

Na amostra pesquisada, 15,38% (n = 8) das gestantes relataram apresentar hipertensão arterial (tabela 02). Este

índice está de acordo com a literatura, que refere a incidência entre 10 a 22 % das gestações (OLIVEIRA et al., 2006).

Durante a entrevista foi procedida a aferição da pressão arterial das gestantes. Após aferição (tabela 02), observou-se que, das oito gestantes com relato prévio de hipertensão, duas (3,85%) apresentaram, no momento, valores acima do normal que, classificadas de acordo com as Diretrizes de Hipertensão Arterial no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004), caracteriza-se como hipertensão leve a moderada. Estas gestações são consideradas de alto risco, exigindo acompanhamento pré-natal adequado para a prevenção da saúde materna.

Tabela 2 Medida da pressão arterial aferida na entrevista

Parâmetros (*)	Frequência	%
Normal ( $\leq 139/89$ )	50	96,15
Leve a Moderada (140/90 – 179/109)	2	3,85
Alta ( $\geq 180/110$ )	0	0,00
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,00</b>

(\*) Diretrizes de Hipertensão Arterial no Brasil (2004)

Ao serem questionadas sobre a aferição da pressão arterial (tabela 03), 67,31% das entrevistadas responderam que aferem uma vez por mês e durante a consulta de pré-natal. Entre as gestantes hipertensas, 37,50% aferem três vezes ao mês e 62,50% aferem mais de três vezes ao mês. Todas realizam este procedimento na unidade básica de saúde, caracterizando a importância de um programa de assistência à gestante e acesso ao atendimento primário de saúde.

Tabela 3 Número de aferições da pressão arterial por mês

	Gestantes		Gestantes Hipertensas	
	Frequência	%	Frequência	%
Uma vez	35	67,31	0	0,00
Duas vezes	12	23,08	0	0,00
Três vezes	2	3,85	3	37,50
Mais de três vezes	3	5,77	5	62,50
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,00</b>	<b>8</b>	<b>100,00</b>

A tabela 04 apresenta dados da gestação associados à hipertensão, caracterizando que a maioria é múltipara (59,61%), o tempo de gestação é de 6 meses (42,31) a 9 meses (40,38%); 15,38% referem ter diagnóstico de hipertensão e 1,92% é diabética. Discutimos a seguir os fatores de risco e as frequências obtidas:

Os valores para o fator de risco paridade estão apresentados na tabela 02, indicando que 59,61% das gestantes eram múltiparas e 40,38 % eram nulíparas. Oliveira e colaboradores (2006) constatam que a primariedade é um dos

fatores de risco para as síndromes hipertensivas. Com os dados obtidos observa-se que 40,38% da população estudada apresentam este fator de risco.

A presença de diabetes com valores de glicose acima dos valores normais na gestação constitui fator de risco que favorece o desenvolvimento das crises hipertensivas. Neste estudo, uma das gestantes (tabela 02) que relatou ser hipertensa referiu diagnóstico de alteração de glicemia. Além disso, entre todas as entrevistadas, nenhuma das gestantes referiu diagnóstico de alteração nos níveis de colesterol, caracterizando que a população estudada não apresenta este complicante.

Observa-se na tabela 02 que a faixa de idade das gestantes é de 20 a 30 anos, caracterizando que a idade não é fator de risco para esta população.

A amostra é constituída de gestantes da raça branca (71,15%) e negra (28,85%), não havendo representantes de outras raças. Entre as gestantes hipertensas, ao comparar a proporcionalidade, verifica-se que o valor relativo para a raça negra aumenta (37,50%).

A propósito da realização de atividades físicas, 17,31% das gestantes referiu praticar a caminhada diária como atividade física. Das oito gestantes com hipertensão arterial, apenas uma afirmou praticar atividades físicas duas vezes por semana (12,50%).

Sobre o hábito de fumar e/ou consumir bebidas alcoólicas, 100% das gestantes relataram não possuir os mesmos, eliminando este fator de risco. Segundo Tedesco e colaboradores (2004), esses hábitos são predisponentes ao desenvolvimento das síndromes hipertensivas por conter substâncias que levam ao aumento da pressão arterial sistêmica.

Em relação ao tipo de gestação, todas as gestantes apresentavam gestação única, descartando o fator de risco gestação gemelar – fator importante para o desenvolvimento das síndromes hipertensivas.

**Tabela 4** Frequência de fatores de risco associados à hipertensão

Paridade	Múltipara	31	59,61
	Nulípara	21	40,38
	Total	52	100,00
Tempo de gestação	3 meses	9	17,31
	6 meses	22	42,31
	9 meses	21	40,38
Pressão arterial elevada	Sim	08	15,38
	Não	44	84,62
	Total	52	100,00
Com diagnóstico de Diabetes	Sim	01	1,92
	Não	51	98,08
	Total	52	100,00
Tipo de gestação	Única	52	100,00
	Gemelar	0	0,00
	Total	52	100,00

Para definir o peso das gestantes, utilizou-se o desconto de 10 kg no peso total, de acordo com orientação do estado nutricional das gestantes (NOZAKI; BERALDO; MAGALHÃES, 2005). Com relação à estrutura física das gestantes, foram obtidos os valores médios apresentados na tabela 05, evidenciando que as gestantes hipertensas apresentam aumento da média para o IMC, peso e idade.

**Tabela 5** Comparativo entre médias do total de gestantes e gestantes hipertensas

	Gestantes		Gestantes Hipertensas	
	Média	Intervalo	Media	Intervalo
Altura – metros	1,65	1,58 a 1,76	1,65	1,60 a 1,70
IMC – m/kg <sup>2</sup>	24,93	18,40 a 35,29	26,6	20 a 35,29
Idade – anos	24,90	15 a 39	26	20 a 36
Nº Filhos	2,38	0 a (3 ou +)	-	-
Peso – kg	68,24	49 a 105	72,5	53 a 102

A tabela 06 apresenta índices de comparação da presença de fatores de risco entre as gestantes normotensas e hipertensas:

Na questão sobre herança familiar de patologias predisponentes para hipertensão, 50,00% das gestantes referem não possuir antecedentes e a soma das gestantes que relatam presença de antecedentes perfaz 50% (diabetes 21,15%, hipertensão arterial 17,31 e hipertensão e diabetes 11,54%). Entre as gestantes hipertensas, 75,00% apresentam familiares com doenças predisponentes para hipertensão (diabetes – 62,50% e hipertensão arterial – 12,50%) e 25,00% não possuem membros da família com as patologias citadas, caracterizando que doenças de herança familiar são fatores de risco para hipertensão e que devem ser questionados em gestantes.

Suplementos diários de cálcio reduzem o risco de hipertensão e pré-eclâmpsia em mulheres com alto risco de desenvolver hipertensão na gestação. Dos dados obtidos, 94,23% das gestantes entrevistadas consomem alimentos que possuem cálcio. Além disso, entre as gestantes hipertensas, 75% relataram fazer o consumo de alimentos que possuem cálcio e 25% não consomem estes alimentos.

Na análise de razão de chances da ocorrência dos fatores de risco na hipertensão durante a gravidez observa-se que: o fator de risco raça é 1,6 vezes maior para a raça negra em relação à branca; herança familiar é 3,6 maior para gestantes que relatam ter as doenças na família; 0,07 maior para o consumo de leite e derivados para suplemento de cálcio e 0,64 para a prática de atividades físicas.

Dentre as gestantes que referiram hipertensão, três usam medicamento (ácido acetilsalicílico) e cinco empregam terapia não farmacológica (cuidado com a alimentação). Cabe observar que as gestantes que fazem uso de ácido acetilsalicílico estão dentro do trimestre gestacional permitido, não oferecendo risco para a mãe e para o feto.

**Tabela 6** Frequência comparativa entre gestantes normotensas e hipertensas

		Normotensas		Hipertensas		Odds ratio
		n	%	n	%	
Raça	Branca	32	71,15	5	62,50	
	Amarela	0	0,00	0	0,00	
	Vermelha	0	0,00	0	0,00	
	Negra	12	28,85	3	37,50	1,6
Doenças de herança familiar	Diabetes	06	21,15	05	62,50	
	Hipertensão arterial	08	17,31	01	12,50	
	Derrame cerebral	0	0	0	0,00	
	Infarto	0	0	0	0,00	
	Hipertensão arterial + Diabetes	6	11,54	0	0,00	
	Não possui	24	50,00	2	25,00	3,6
Consumo de leite	Sim	43	94,23	6	75,00	
	Não	1	5,77	2	25,00	0,07
Prática atividades físicas	Sim	8	17,31	1	12,50	
	Não	36	82,69	7	87,50	0,64
Total		44	100,00	8	100,00	

#### 4 CONCLUSÃO

Os dados obtidos reforçam o conceito de que cabe à equipe multiprofissional enfatizar o contato com gestantes no nível básico de atenção, assumindo papel de importância primordial no diagnóstico de níveis pressóricos, apoio e aconselhamento no uso de medicamentos prescritos e não prescritos.

Estas ações visam garantir que sejam cumpridas as prescrições médicas de maneira correta, contribuindo para melhorar o prognóstico materno e perinatal, colaborando para a redução dos índices de mortalidade materna e fetal.

#### REFERÊNCIAS

COELHO, Tarcísio Mota et al. Proteinúria nas síndromes hipertensivas da gestação: prognóstico materno e perinatal. *Rev. Assoc. Méd. Bras.*, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 207-213, 2004.

CORDOVIL, Ivan. Hipertensão arterial na gravidez: aspectos práticos. *Revista SOCERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 9-15, 2003.

DIAS, Brian R. et al. Desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes filhos de mães que apresentam hipertensão arterial na gestação. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 63, n. 3a, 2005.

DUSSE, Luci Maria Sant' Ana; VIEIRA, Lauro Mello; CARVALHO, Maria das Graças. Revisão sobre alterações hemostáticas na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). *Jornal Brasileiro de Patologia*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 267-272, 2001.

FERRÃO, Mauro Henrique de Lima et al. Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 390-394, 2006.

GANEM, Eliana Marisa; CASTIGLIA, Yara Marcondes Machado. Anestesia na Pré-Eclâmpsia. *Rev. Bras. Anestesiologia*, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 481-497, 2002.

GUERRERO, Agustín Alberto Lledó. La hipertensión arterial y el embarazo: conceptos actuales del síndrome hipertensivo gestacional. *Revista de la Sociedad Paraguaya de Cardiología*, Paraguai, v. 3, n. 2, p. 115-132, 2005.

MOTTA, Lucilia Domínguez Casulari; FERRAZ, Elenice Maria. Distúrbios hipertensivos na gestação. *Revista Feminina*, v. 31, n. 5, p. 405-411, 2003.

NOGUEIRA, Antonio A.; REIS, Francisco J. C; REIS, Patrícia A. S. A paciente gestante: na unidade de terapia intensiva. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 34, p. 123-132, 2001.

NOZAKI, Vanessa Taís; BERALDO, Simone Dias; MAGALHÃES, Clarissa Góes. Avaliação nutricional de gestantes atendidas em clínica-escola de nutrição de Maringá-PR. In: CONGRESSO NACIONAL DA SBAN, 8, 2005, SÃO PAULO. *Anais...* São Paulo, SP: SBAN, 2005. p. 253-253.

OLIVEIRA, Cristiane Alves de et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 6, n. 1, p. 93-98, 2006.

OLIVEIRA, Maria Ivoneide Veríssimo de; ALMEIDA, Paulo César de. A mortalidade materna relacionada à doença hipertensiva específica da gestação em uma maternidade escola. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 9, n. 1, p. 54-63, 2005.

PASCOAL, Istênio F. Hipertensão e gravidez. *Revista Brasileira Hipertensão*, Brasília, v. 9, p. 256-261, 2002.

PERAÇOLI, José Carlos; PARPINELLI, Mary Angela. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 627-634, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC. *IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. São Paulo, SP: BG Cultural, 2004. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>>. Acesso em: 8 set. 2007.

TEDESCO, Ricardo Porto et al. CECATTI, José Guilherme. Hipertensão arterial crônica na gestação: consenso e controvérsias. *Ver. Ciênc. Méd.*, Campinas, p.161-171, 2004.

VASCONCELLOS, Marcus José do Amaral et al. **Hipertensão na gravidez**. São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2002. [Projeto Diretrizes].

VIGOA, Alfredo Vázquez et al. Transtornos hipertensivos del embarazo. *Revista cubana med.*, Habana, v. 44, n. 3-4, 2005.

WANNMACHER, Lenita. Manejo da hipertensão na gestação: o pouco que se sabe. *Organização Pan-Americana da Saúde*, Brasília, v. 1, n. 11, p. 1-6, 2004.

*Recebido em: 03 Fevereiro 2010*

*Aceito em: 03 Março 2010*