

Transtornos Hipertensivos na Gestação e no Puerpério: Uma Análise Epidemiológica em Território Nacional Pelo Período de Uma Década

Hypertensive Disorders in Pregnancy and the Puerperium: An Epidemiological Analysis in National Territory for the Period of a Decade

Thaísa Pimenta Ferreira de Oliveira^{1*}; Sara Cristine Marques dos Santos¹, Diego Amorim França², Rayane de Oliveira Silva Santos¹, Antônio Rodrigues Braga Neto³, Ivana Picone Borges de Aragão³

Como citar esse artigo. Oliveira, T. P. F.; dos Santos, S. C. M.; França, D. A.; Santos, R. O. S.; Neto, A. R. B.; de Aragão, I. P. B. Transtornos Hipertensivos na Gestação e no Puerpério: Uma Análise Epidemiológica em Território Nacional Pelo Período de Uma Década. *Revista de Saúde* 2021 Ago./Nov.; 12 (3): 60-65.

Resumo

A doença hipertensiva da gravidez representa a complicação mais frequente da gestação, com riscos para a saúde materno-fetal. Caracteriza-se pelo comprometimento clínico e laboratorial, com aumento dos níveis pressóricos desde graus leves até graves. Objetivo: Analisar a prevalência dos diferentes aspectos epidemiológicos, sobre as informações existentes sobre tratamento de proteinúria e transtornos hipertensivos durante a gestação e no puerpério no Brasil por regiões. Metodologia: Realizada coleta de dados do DATASUS pelo sistema de informações hospitalares e de morbidade hospitalar, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2019, sobre tratamento de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério. Houve 98.708 internações por doença hipertensiva específica da gestação no Brasil. A região brasileira com o maior número de casos foi a Sudeste, com 38.358 internações, destas 20.250 pertencentes à cidade de São Paulo. Apesar da Região Sudeste ter sido a região com o maior número de internações, a Região do Nordeste apresentou o maior número de óbitos e a maior taxa de mortalidade. Conclusão: É uma doença com baixa taxa de mortalidade, mais prevalente em mulheres pardas e que apesar de possuir um número maior de internações concentrado no Sudeste, a região nordeste apresenta maior incidência de óbitos.

Palavras-chave: Hipertensão Induzida pela Gravidez; Eclampsia; Pré-Eclâmpsia

Abstract

Hypertensive pregnancy disease represents the most frequent complication of pregnancy, with risks for maternal-fetal health. It is characterized by clinical and laboratory involvement, with an increase in pressure levels from mild to severe. Objective: To analyze the prevalence of different epidemiological aspects over existing information on the treatment of proteinuria and hypertensive disorders during pregnancy and in the puerperium in Brazil by regions. Methodology: Data collection from DATASUS by the hospital information system and hospital morbidity, from January 2010 to December 2019, on the treatment of oedema, proteinuria and hypertensive disorders during pregnancy, childbirth and puerperium. There were 98,708 hospitalizations for pregnancy-specific hypertensive diseases in Brazil. The Brazilian region with the highest number of cases was the Southeast, with 38,358 hospitalizations, out of these 20,250 belonging to the city of São Paulo. Although the Southeast region had the highest number of hospitalizations, the Northeast had the highest number of deaths and the highest mortality rate. Conclusion: It is a disease with a low mortality rate, more prevalent in brown-skinned women and that despite having a higher number of hospitalizations concentrated in the Southeast, the Northeast region has the highest incidence of deaths.

Keywords: Hypertension, Pregnancy induced; Eclampsia; Preeclampsia

Introdução

A doença hipertensiva na gravidez constitui um problema grave de saúde materno e fetal, dividida em quatro categorias, de acordo com a classificação do *American College of Obstetricians and Gynecologists*: pré-eclâmpsia e eclâmpsia; hipertensão crônica de qualquer causa; hipertensão crônica com sobreposição de pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional^{1,2}

A hipertensão gestacional (HG) é considerada

um diagnóstico de exclusão, quando a hipertensão crônica e a pré-eclâmpsia já foram excluídas durante a avaliação clínica, sendo definida como a elevação da pressão arterial após 20 semanas de gravidez, sem sinal de proteinúria ou pré-eclâmpsia, pode representar uma hipertensão transitória se a pressão arterial (PA) retornar ao normal após 12 semanas do parto³. A hipertensão crônica é definida a partir de uma mulher portadora de hipertensão arterial precedente à gestação ou diagnosticada antes de 20 semanas da gestação⁴.

Afiliação dos autores:

¹ Discente do Curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil

² Graduado pela Universidade de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil

³ Docente do Curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil

* Email de correspondência: thaísapimentaf@gmail.com

Recebido em: 27/09/20. Aceito em: 14/05/21.

A pré-eclâmpsia (PE) é uma síndrome caracterizada por comprometimento clínico generalizado heterogêneo e alterações laboratoriais, sendo classificada como leve até grave. Para caracterizar o quadro é necessário existir hipertensão com níveis menores que 160/110 mmHg, em pelo menos duas aferições, após a 20ª semana de gestação, em pacientes não hipertensas previamente, acompanhadas de proteinúria entre 300mg ou mais em 24 horas. Também será considerada pré-eclâmpsia quando, mesmo na ausência de proteinúria, houver manifestação de eclâmpsia iminente, eclâmpsia, síndrome HELLP, outras disfunções maternas, incluindo as uteroplacentárias⁴.

A forma grave se caracteriza pelos sintomas e alterações laboratoriais, tais como: PAS > 160 e/ou PAD >110 mmHg, verificadas em duas aferições, com intervalo de dez a quinze minutos em repouso; insuficiência renal com creatinina sérica > 1,2 mg/dL, em paciente com função renal normal previamente; distúrbios de visão ou cerebrais, como cefaleia, visão borrada, cegueira, alteração do estado mental, persistentes; edema pulmonar ou cianose; isquemia miocárdica ou infarto; dor epigástrica ou no quadrante superior direito persistente; síndrome HELLP (hemólise, níveis elevados de enzimas hepáticas e contagem baixa de plaquetas); restrição de crescimento fetal⁴.

A eclâmpsia é o surgimento de convulsões do tipo tônico-clônicas, em pacientes com PE ou HG, no segundo ou terceiro trimestre e/ou puerpério imediato, com raros episódios nos dois primeiros trimestres e no puerpério tardio³.

A hipertensão crônica com sobreposição de pré-eclâmpsia é diagnosticada quando após a vigésima semana de gestação aparece proteinúria significativa em paciente previamente hipertensa. Clinicamente, acontece um aumento agudo na pressão arterial, e a proteinúria serve como marcador desta associação^{1,2}.

O objetivo do presente estudo foi analisar a prevalência dos diferentes aspectos epidemiológicos, sobre as informações existentes sobre tratamento de proteinúria e transtornos hipertensivos durante a gestação e no puerpério em registro brasileiro.

Metodologia

Estudo ecológico, observacional, retrospectivo e transversal, realizado através de informações obtidas nos bancos de dados de ambos os sistemas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) acerca da hipertensão na gravidez em ambos os sistemas de busca: Sistema de Informações Hospitalares³ (SIH) e Sistema de Morbidade Hospitalar (SMH)⁵ em um período de 10 anos, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019.

O SIH/SUS disponibilizou os dados sobre o filtro

de seleção “procedimento de tratamento de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério” e, no SMH/SUS, sob o filtro de seleção “lista morb CID-10 edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério”.

No SIH/SUS foram analisadas as variáveis de internações, dias de internações, média de dias de internações, óbitos, taxa de mortalidade (TXM) e custo, por ano, durante os 10 estudados e por macrorregião brasileira. No sistema SMH/SUS foram avaliadas número de internações, óbitos, faixa etária, etnia/cor, tipo do caráter das internações (urgente ou eletivo), por região brasileira no período avaliado.

A revisão bibliográfica da introdução foi realizada com base nas palavras-chave pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Hipertensão Induzida pela Gravidez; Eclampsia; Pré-Eclâmpsia⁶.

Os dados foram analisados por meio números absolutos, porcentagens, através da interpretação das planilhas criadas pelo programa Excel 2016⁷.

Não houve submissão ao Conselho de Ética em Pesquisa devido ao DATASUS ser um banco de dados de domínio público, sem identificação dos pacientes cadastrados.

Resultados

Em todo o Brasil, foram registradas um total de 98.708 (100%), quando foram analisados os dados do SIH/SUS de internações em mulheres, para tratamento de proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2019, os quais foram identificados no banco de dados do SIH/SUS. O ano de maior número de internação foi observado no ano de 2018, com 13.708 (13,88%) de casos (Tabela 1).

Tabela 1. Estratificação das internações pelo filtro “edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério” do SIH/SUS, no Brasil.

Internações/ano - hipertensão na gravidez - SIH/SUS			
Ano	Internações (n/%)	Média de permanência (dias)	Dias de internação (n/%)
2010	8.626 (8,73)	4.1	33.046 (7,57)
2011	8.295 (8,40)	4.2	34.831 (7,98)
2012	7.470 (7,56)	4.2	31.727 (7,27)
2013	8.244 (8,35)	4.1	34.109 (7,82)
2014	8.549 (8,66)	4.3	37.054 (8,49)
2015	8.881 (8,99)	4.5	39.914 (9,15)
2016	9.952 (10,08)	4.6	45.945 (10,53)
2017	11.825 (11,9)	4.5	52.962 (12,14)
2018	13.708 (13,88)	4.6	63.362 (14,52)
2019	13.158 (13,32)	4.6	60.359 (13,83)
Total	98.708 (100%)	4.4	436.146 (100%)

O total de ocupação de leitos hospitalares, representou 436.146 (100%) dias, sendo o maior número de permanência de leitos ocupados no ano de 2018, com 63.362 (14,52%) dias e, a menor permanência, no ano de 2012, com 31.727 (7,27%) dias. (Tabela 1). A média de permanência, na população total estudada, foi de 4,4 dias, sendo maior nos anos de 2018 e 2019, com 4,6 dias e, a menor nos anos de 2010 e 2013, com 4,1 dias (Tabela 1).

A TXM brasileira, do período analisado, foi de 0,10, representando um total de 92 óbitos. As menores taxas de mortalidade ocorreram nos anos de 2010 e 2019, com 0,06 e, a maior no ano de 2012, com 0,15 (Tabela 2 e Figura 1).

Quando os dados do SIH/SUS de internação para tratamento de proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério foram analisados por regiões brasileiras, foi observado que o maior percentual se

localizou na região do Sudeste, com 38.358 (38,86%) casos e destas, 20.250 foram evidenciadas na cidade de São Paulo, representando 52,79% dos casos da região Sudeste e, 20,51%, do Brasil (Tabela 3).

O segundo maior número de internações concentrou-se na região do Nordeste, com 31.312 (31,72%) de casos, sendo desses, 11.722 no estado de Pernambuco, representando 37,43% do total da região Nordeste e, 11,87%, do Brasil. A região Sul concentrou 15.038 (15,23%) das internações brasileiras, a região Norte 10.499 (10,63%) e, por último, a região Centro-Oeste, com 6.100 (6,17%) (Tabela 3).

Analisando os dados referentes aos óbitos, por regiões brasileiras, identificou-se que a maior concentração foi na região Nordeste, com 55 (59%) casos, com uma TXM de 0,18. Seguido em percentual, a região Sudeste, contabilizou um total de 19 (20%) de óbitos e TXM de 0,04. (Tabela 4).

Tabela 2. Estratificação da mortalidade sob o filtro “tratamento de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério” do SIH/SUS, no Brasil.

Mortalidade/ano por hipertensão na gravidez - SIH/SUS			
Ano	Internações (n/%)	Óbitos n/%	Taxa de mortalidade
2010	8.626 (8,73)	5 (0.0052)	0,06
2011	8.295 (8,40)	8 (0.0083)	0,10
2012	7.470 (7,56)	11 (0.011)	0,15
2013	8.244 (8,35)	10 (0.010)	0,12
2014	8.549 (8,66)	10 (0.010)	0,12
2015	8.881 (8,99)	6 (0.006)	0,07
2016	9.952 (10,08)	8 (0.0083)	0,08
2017	11.825 (11,9)	16 (0.016)	0,14
2018	13.708 (13,88)	10 (0.010)	0,07
2019	13.158 (13,32)	8 (0.0083)	0,06
Total	98.708 (100%)	92 (100%)	0,10

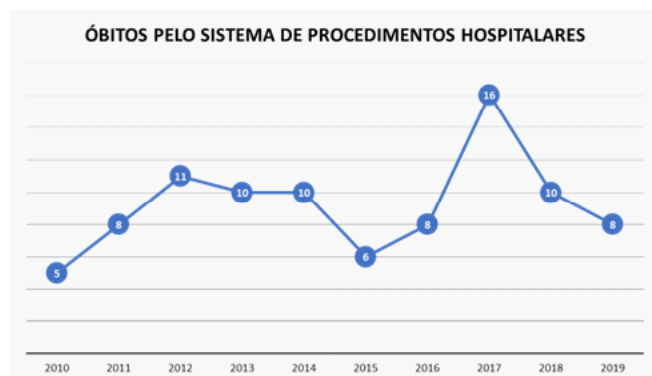


Figura 1. Óbitos por ano devido à hipertensão na gravidez SIH/SUS.

Tabela 3. Estratificação da mortalidade, por macrorregião brasileira, sob filtro “tratamento de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério”, do SIH/SUS.

Internações/macrorregiões brasileiras - hipertensão na gravidez - SIH/SUS 2010 a 2019			
Região	Internações (n/%)	Média de internação (dias)	Tempo de permanência em dias n(%)
Sudeste	38.358 (38,86)	3,9	147.715 (33,86)
São Paulo	20.250 (52,59%)	3,8	76.191 (17,46% BR)
Nordeste	31.312 (31,72)	5,3	164.871 (37,80)
Pernambuco	11.722 (37,43%)	5,7	66.545 (15,25% BR)
Sul	13.543 (13,72)	4,1	55.955 (12,82)
Norte	9.994 (10,12)	4,4	43.966 (10,08)
Centro-Oeste	5.501 (5,57)	4,3	23.639 (5,41)
Total	98.708 (100)	4,4	436.146 (100)

Tabela 4. Estratificação das internações, por macrorregião brasileira, sob o filtro “tratamento de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério”, do SIH/SUS.

Mortalidade/macrorregião brasileira - hipertensão na gravidez - SIH/SUS 2010 a 2019			
Região	Internações (n/%)	Óbitos	Taxa de mortalidade
Sudeste	38.358 (38,86)	19 (20,65)	0,05
São Paulo	20.250 (52,59%)	8 (8,69 BR)	0,04
Nordeste	31.312 (31,72)	55 (59,78)	0,18
Pernambuco	11.722 (37,43%)	10 (10,86 BR)	0,09
Sul	13.543 (13,72)	02 (2,17)	0,01
Norte	9.994 (10,12)	11 (11,95)	0,11
Centro-Oeste	5.501 (5,57)	05 (5,43)	0,11
Total	98.708 (100)	92 (100)	0,10

O custo total com o tratamento foi de R\$ 25.040.104,01, sendo 2019, o ano de maior valor, sendo registrados R\$ 3.605.335,47 e, o ano de 2010, o de menor valor, com R\$ 1.901.456,09 (Figura 2 e Tabela 5). O valor total dos serviços hospitalares foi de R\$ 21.025.494,44, sendo o maior no ano de 2019 (R\$ 3.046.326,09) e o menor no ano de 2010 (R\$ 1.582.544,91). O valor dos serviços profissionais totais nesse mesmo período foi de R\$ 4.014.427,12. O valor médio de AIH total foi de R\$ 253,68, sendo o maior no ano de 2019 (R\$ 274,04) e o menor no ano de 2011 (R\$ 232,33).



Figura 2. Custo em moeda brasileira reais (R\$), por ano, nas internações por hipertensão na gravidez SIH/SUS.

Tabela 5. Estratificação do valor gasto, por macrorregião brasileira, sob o filtro “tratamento de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério”, do SIH/SUS.

Valor gasto por região brasileira - hipertensão na gravidez -SIH/SUS	
2010 a 2019	
Região	Valor (R\$)
Sudeste	9.132.180,49
Nordeste	8.942.320,55
Sul	2.640.733,87
Norte	3.058.254,11
Centro-Oeste	1.266.870,97
Total	25.040.359,99

No SMH/SUS, a análise dos dados de hipertensão na gravidez, sob o filtro “proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério” identificou um total de 881.279 (100%) internações e 1.005 (100%) de óbitos (Tabelas 6 e 7).

A macrorregião brasileira do Nordeste

Tabela 6. Estratificação da mortalidade por macrorregião brasileira, através dos dados obtidos SMH/SUS pelo filtro “lista morb CID-10 edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério”, no período total de 10 anos, entre 2010 e 2019.

Internação e Mortalidade/macrorregião brasileira – hipertensão na gravidez - SMH/SUS			
2010 a 2019			
Região	Internações n (%)	Óbitos	Taxa de mortalidade
Sudeste	326.186 (37,01)	332 (33,03)	0,10
Nordeste	313.375 (35,55)	412 (40,99)	0,13
Sul	102.601 (11,64)	61 (6,06)	0,06
Norte	78.534 (8,91)	125 (12,43)	0,16
Centro-Oeste	60.583 (6,87)	75 (7,46)	0,12
Total	881.279 (100)	1.005 (100)	0,11

Tabela 7. Estratificação da morbidade por ano, sob o filtro “lista morb CID-10 edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério”, do SMH/SUS, para o entre 2010 e 2019.

Internações e mortalidade/ano - hipertensão na gravidez - SMH/SUS			
2010 a 2019			
Ano	Internações	Óbitos	Taxa de mortalidade
2010	80.962 (9,18)	113 (11,24)	0,13
2011	76.942 (8,73)	99 (9,85)	0,13
2012	77.520 (8,79)	104 (10,34)	0,13
2013	82.266 (9,33)	106 (10,54)	0,13
2014	78.266 (8,88)	97 (9,65)	0,12
2015	83.309 (9,45)	95 (9,45)	0,11
2016	87.022 (9,87)	95 (9,45)	0,11
2017	101.560 (11,5)	104 (10,34)	0,10
2018	108.680 (12,33)	108 (10,74)	0,10
2019	104.752 (11,88)	84 (8,35)	0,08
Total	881.279 (100)	1.005 (100)	0,11

demonstrou a maior mortalidade 412 (40,99%) pelo sistema SMH/SUS, assim como o sistema SIH/SUS, estando em segundo lugar em números de internações em ambos. A região sudeste dominou o número de internações ambos os sistemas 38.358 (38,86%) no SIH/SUS e 326.186 (37,01%) no SMH/SUS, estando em segundo lugar na mortalidade, com 19 (20,65%) pelo SIH/SUS e, 332 (33,03%), pelo SMH/SUS (Figura 3 e Tabela 7).

Quando avaliadas pela cor, foi verificado que 333.812 (37,87%) eram pardas, seguidas por 207.601 (23,55%) brancas e 12.866 (1,45%) amarelas, sendo que 286.930 (32,55%) não foram informadas (Tabela 8).

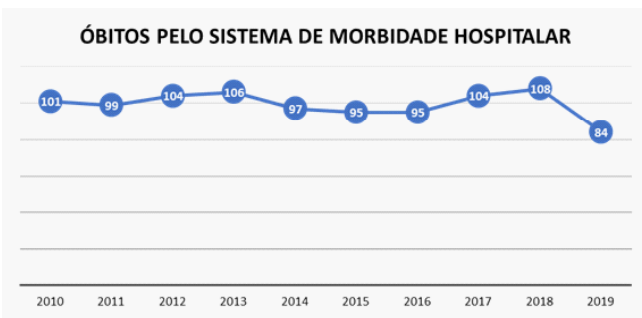


Figura 3. Óbitos por ano por hipertensão na gravidez SMH/SUS.



Figura 4. Caráter da internação por hipertensão na gravidez SMH/SUS.

A faixa etária prevalente foi de 20 a 29 anos, com 403.583 (45,79%) casos, de 30 a 39 anos, com 293.624 (33,31%) e, de 15-19 anos, com 131.167 (14,88%) (Tabela 8).

O caráter do atendimento dessas pacientes, segundo os registros do SMH/SUS, evidenciou que 855.352 (97,05%) das internações foram em caráter de urgência e, 25.927 (2,95%), em de caráter eletivo (Figura 4).

Discussão

O transcorrer de uma gestação é visto como um momento complexo pela maioria das mulheres, pois é nessa fase da vida que ocorrem alterações fisiológicas no organismo, refletindo em sentimentos de aflição. Vários são os transtornos que podem surpreender uma gestante: Os transtornos hipertensivos são um deles.

Tabela 8. Estratificação segundo a cor, dos dados obtidos SMH/SUS pelo filtro “lista morb CID-10 edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério”, no período total de 10 anos, entre 2010 e 2019.

Internações e mortalidade/cor/faixa de idade – hipertensão na gravidez - SMH/SUS 2010 a 2019			
Cor/raça	Internações n (%)	Óbitos n% (total de óbitos)	Mortalidade
Pardos	333.812 (37,87)	458 (44,77)	0,14
Sem informação	286.930 (32,55)	322 (32,03)	0,11
Branços	207.603 (23,55)	175 (17,41)	0,08
Negros	38.437 (4,36)	32 (3,18)	0,08
Amarelas	12.866 (1,45)	13 (1,29)	0,10
Indígenas	1.631 (0,18)	5 (0,49)	0,31

Faixa etária	Internações	Óbitos n% (óbitos BR)	Mortalidade
15 a 19 anos	131.167 (14,88%)	142 (14,12)	0,11
20 a 29 anos	403.583 (45,79%)	423 (42,08)	0,10
30 a 39 anos	293.624 (33,31%)	349 (34,72)	0,12

Nota-se que, muitas vezes a morte materna e algumas complicações fetais podem ser ocasionadas pela falta de informação⁸.

Em um estudo realizado na China, obteve-se que aquelas que tiveram um pré-natal com pouca assistência possuem riscos aumentados para transtornos hipertensivos na gravidez⁹. Portanto, considera-se que, quando a mulher obtém conhecimentos acerca dos distúrbios hipertensivos que podem acometer a gestação, há uma importante contribuição para o autocuidado⁸. No entanto, com base nos dados obtidos pelo DATASUS, pode-se inferir que há um desajuste entre as informações e o autocuidado, visto o número de internações e o número de atendimentos de caráter urgente.

Em relação aos riscos de uma gestação encontra-se a idade avançada como sendo um dos pilares, uma vez que cresce o número de mulheres em todo o mundo que postergam a primeira gestação. Em relação aos dados obtidos, as mais afetadas estão na faixa de 20-29 anos, seguida pelas de 30-39 anos e concordam com a literatura do Ministério da Saúde que considera gestação de alto risco a idade materna superior a 35 anos¹⁰.

O resultado desta pesquisa mostra também um maior número de casos relacionados à cor parda contradizendo a literatura que traz a cor negra como fator de risco predominante relacionado à cor de pele, justificando-se assim pela grande miscigenação no nosso país¹⁰.

Os transtornos hipertensivos da gestação, em particular a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, contribuem substancialmente para mortalidade materna e perinatal global, sendo responsável por uma estimativa de 10,0% das mortes maternas, anualmente¹¹. A pré-eclâmpsia continua a ser uma das quatro principais causas de mortalidade/morbidade materna nos países de alta, média e baixa renda.

A eclâmpsia, forma grave, associada a convulsões

tônico-clônicas generalizadas, demonstrou incidência que varia de acordo com a assistência em saúde: 1/2.000 em países desenvolvidos e até 1/100 em países em desenvolvimento¹¹.

Segundo a literatura, o número de mortes maternas de uma área constitui excelente indicador de sua realidade social, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano. Reflete, além do nível socioeconômico, a qualidade de assistência médica e a determinação política de promoção de saúde pública¹².

Os dados obtidos nesse estudo evidenciaram o predomínio de hipertensão na gravidez em gestantes adultas, de cor parda e oriundas da Região Sudeste, porém, com maior mortalidade na Região do Nordeste.

A região nordeste, que foi a segunda maior em número de internação (31,72%) por hipertensão na gravidez, estando atrás da região sudeste com 38,86%, demonstrou a maior mortalidade (59,78%). Ao contrário, a região sudeste, demonstrou apenas 20% de óbitos, tendo contabilizado o maior n de internação brasileira para o tratamento de proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério.

A macrorregião brasileira do Nordeste demonstrou a maior mortalidade 412 (40,99%) pelo sistema SMH/SUS, assim como o sistema SIH/SUS, estando em segundo lugar em números de internações em ambos. A região sudeste dominou o número de internações ambos os sistemas, no SIH/SUS e 326.186 (37,01%) no SMH/SUS, estando em segundo lugar na mortalidade, com 19 (20,65%) óbitos pelo SIH/SUS e, 332 (33,03%) pelo SMH/SUS.

Destaca-se a elevada prevalência de internações e atendimento em caráter emergencial, reforçando nessa população, a importância de medidas preventivas através da identificação dos fatores de riscos, bem como o diagnóstico precoce e o manejo clínico adequado, a fim de minimizar os prejuízos à saúde materno-infantil¹³.

Conclusão

Após análise epidemiológica em todo o território brasileiro no período de uma década, o presente estudo evidenciou que apesar do número de internações, do total de gastos obtidos por elas e pela maioria dos atendimentos terem sido em caráter de urgência, a taxa de mortalidade encontrou-se baixa em todo o Brasil.

A região Sudeste demonstrou o maior número de internações, porém a região do Nordeste apresentou o maior número de óbitos e a maior taxa de mortalidade por hipertensão na gravidez, no Brasil.

Em relação a etnia, as mulheres pardas foram as que apresentaram maior número de internações e óbitos, apesar da subnotificação desses dados, pois um terço do total não foi informado.

Importante haver investigação epidemiológica desses dados, buscando entender as evidências relacionadas à mortalidade por região brasileira, tanto quanto a avaliação das coletas de dados para notificação, como na atuação da atenção primária, secundária e terciária, das gestantes nessas regiões brasileiras.

Referências

1. Freire CMV, Tedoldi CL. Hipertensão arterial na gestação. *Arq Bras Cardiol* 2009;93(6):159–65.
2. Diretrizes P. O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Tratamento da Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral Academia Brasileira de Neurologia.
3. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhtom.exe?sih/cnv/qiuf.def>. Acesso em 03/12/2020
4. Protocolos FEBRASGO Caderno Científico. Disponível em: www.febasgo.org.br. Acesso em 03/12/2020
5. BIREME. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em <http://decs.bvs.br/> Acesso em 03/12/2020
6. Microsoft. Microsoft Excel. Disponível em: <https://www.microsoft.com/pt-br/microsoft-365/excel>
7. Cabral AN, Vieira LM, Faustino AM, Reis PED dos. The knowledge of pregnant women on hypertension in pregnancy: descriptive study. *Rev Enferm UFPE online*. 2011;9:5(6):1463.
8. Xiong T, Mu Y, Liang J, Zhu J, Li X, Li J, et al. Hypertensive disorders in pregnancy and stillbirth rates: A facility-based study in China. *Bull World Health Organ*. 2018;96(8):531–9.
9. Pereira GT, Santos AAP, Silva JMO, Nagliate PDC. Perfil epidemiológico da mortalidade materna por hipertensão: análise situacional de um estado nordestino entre 2004-2013. *Rev Pesq Online*. 2017;11;9(3):653.
10. Ministério da Saúde. Profilaxia da Pré-Eclâmpsia no Pré-Natal. 2018 Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br. Acesso em 22/09/2020.
11. Alencar Júnior CA. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006;28: 377–9.
12. Sampaio AFS, da Rocha MJF, Leal EAS. High-risk pregnancy: Clinical-epidemiological profile of pregnant women attended at the prenatal service of the public maternity hospital of Rio Branco, Acre. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2018;18(3):559–