



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA**

**MICHEL FRANK DA CUNHA HOLANDA
RAFAEL DOS SANTOS DIAS**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍNDROME
HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG) ATENDIDAS EM UMA
MATERNIDADE PÚBLICA REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA**

BELÉM – PARÁ

2022

MICHEL FRANK DA CUNHA HOLANDA

RAFAEL DOS SANTOS DIAS

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍNDROME
HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG) ATENDIDAS EM UMA
MATERNIDADE PÚBLICA REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA**

Trabalho de conclusão de curso desenvolvido
como requisito para obtenção de grau de
médico pela Universidade Federal do Pará.

ORIENTAÇÃO: Profa. Dra. Sônia Fátima da
Silva Moreira.

BELÉM – PARÁ

2022

MICHEL FRANK DA CUNHA HOLANDA
RAFAEL DOS SANTOS DIAS

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍNDROME
HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG) ATENDIDAS EM UMA
MATERNIDADE PÚBLICA REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.

Banca examinadora:

Profª. Dra. Sônia Fátima da Silva Moreira (Universidade Federal do Pará)

Profª. Msc. Florentina do Socorro Martins Balbi (Universidade Federal do Pará)

Profª. Dra Maria Francisca Alves Alves (Universidade Federal do Pará)

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Conceito: _____

RESUMO

Introdução: A Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG), configura importante grupo de complicações que acomete gestantes em todo o mundo. É importante causa de morbimortalidade em gestantes no Brasil. **Objetivos:** Descrever o perfil sociodemográfico das gestantes com SHEG internadas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA); descrever o perfil clínico dessas gestantes; identificar as formas de SHEG mais frequentes; identificar as principais manifestações apresentadas por essa população estudada. **Método:** estudo observacional, retrospectivo, analítico-descritivo por meio da análise de prontuários médicos físicos e eletrônicos. A coleta de dados se deu com base em formulário elaborado pelos pesquisadores. As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas foram classificadas por meio do teste de Shapiro-Wilk. **Resultados:** Foram preenchidas ao todo 1395 fichas para coletas de dados. 1091 foram selecionadas para análise final. A forma clínica mais frequente foi a pré-eclâmpsia grave, seguida pela pré-eclâmpsia. A faixa etária de 12 a 23 anos representou a maioria das mulheres internadas nesse período. As nulíparas foram as gestantes mais afetadas. O hábito de vida mais frequente foi o etilismo, tanto antes como depois da gestação. As manifestações clínicas mais frequentes foram cefaleia, alteração visual e epigastralgia, que são as queixas mais associadas com quadros mais graves de SHEG. **Conclusão:** Diante dos dados encontrados e com a análise da literatura, o perfil de gestantes atendidas na FSCMPA é semelhante ao de outros estudos, sendo a pré-eclâmpsia grave a forma mais comum, as nulíparas e jovens como sendo as mulheres mais afetadas. Esses achados chamam atenção para que medidas preventivas considerem essa população, de modo a impactar positivamente no binômio mãe-feto.

Palavras-chave: SHEG; Hipertensão na gravidez; Pré-eclâmpsia; Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: The pregnancy-related hypertensive disorders are an important group of complications that affect pregnant women worldwide. It is an important cause of morbidity and mortality in pregnant women in Brazil. **Objectives:** To describe the sociodemographic profile of pregnant women with SHEG hospitalized at Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA); describe the clinical profile of these pregnant women; to identify the most frequent forms of the pregnancy-related hypertensive disorders; to identify the main manifestations presented by this population studied. **Method:** observational, retrospective, analytical-descriptive study through the analysis of physical and electronic medical records. Data collection was based on a form prepared by the researchers. Qualitative variables were described using absolute and relative frequencies. Quantitative variables were classified using the Shapiro-Wilk test. **Results:** A total of 1395 forms were filled out for data collection. 1091 were selected for final analysis. The most frequent clinical form was severe preeclampsia, followed by preeclampsia. The age group from 12 to 23 years old represented the majority of women hospitalized in this period. Nulliparous women were the most affected pregnant women. The most frequent lifestyle habit was alcohol consumption, both before and after pregnancy. The most frequent clinical manifestations were headache, visual alterations and epigastralgia, which are the complaints most associated with more severe cases of the pregnancy-related hypertensive disorders. **Conclusion:** In view of the data found and the analysis of the literature, the profile of pregnant women treated at the FSCMPA is similar to that of other studies, with severe preeclampsia being the most common form, nulliparous and young women being the most affected women. These findings call attention to preventive measures that consider this population, in order to positively impact the mother-fetus binomial.

Keywords: Hypertension in pregnancy; Pre eclampsia; Epidemiology.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
1.1. PROBLEMA	4
1.2. HIPÓTESES.....	4
1.3. JUSTIFICATIVA	4
1.4. OBJETIVOS.....	5
2. REVISÃO DA LITERATURA	5
3. METODOLOGIA.....	8
3.1. TIPO DE PESQUISA	8
3.2. LOCAL	8
3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	8
3.4. ASPECTOS ÉTICOS	9
3.5. COLETA DE DADOS	9
3.6. PROCEDIMENTOS.....	10
3.5. ANÁLISE DOS DADOS	10
4. RESULTADOS	11
5. DISCUSSÃO	23
6. CONCLUSÃO	28
7. REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE A - CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO ORIENTADOR.....	32
APÊNDICE B - INSCRIÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	34
APÊNDICE C - TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR	35
APÊNDICE D – CADASTRO DO ORIENTADOR.....	36
APÊNDICE E – CADASTRO DOS AUTORES	37
APÊNDICE F – CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO EXAMINADOR APÓS ANÁLISE PRÉVIA	38
APÊNDICE G – CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO ORIENTADOR PARA ANÁLISE FINAL	39
.....	39
APÊNDICE H – CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP	40
APÊNDICE I – CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP	42

APÊNDICE J – TERMO DE COMPROMISSO DO ORIENTADOR	43
APÊNDICE K – TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES	44
APÊNDICE L – PROTOCOLO DA PESQUISA	45
ANEXOS	46
ANEXO A - SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	47
ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD.....	49
ANEXO C - TERMO DE DECLARAÇÃO DE INSENÇÃO DE ÔNUS FINANCEIRO PARA AS INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES	51
ANEXO D - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL	52
ANEXO E – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP/ICS	53
ANEXO F – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP/FSCMPA	57

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG), configura um importante grupo de complicações que acometem gestantes em todo o mundo. Ocorrendo em 5–10% de todas as gestações, continua sendo uma das causas mais comuns de morte materna e / ou fetal (WATANABE et al, 2020). Embora a SHEG ocorra mais comumente durante a primeira gravidez, ela também pode ocorrer em gestações subsequentes e apresentar-se com complicações variáveis relacionadas ao vasoespasm (PRANITA et al., 2015).

Também chamada de Hipertensão induzida pela gravidez, de acordo com a Sociedade Canadense de Hipertensão, abrange 1 de 4 grandes grupos, os quais: a) Hipertensão pré-existente; b) Hipertensão gestacional e Pré-eclampsia; c) Hipertensão gestacional com proteinúria sobreposta a hipertensão pré-existente; e d) Hipertensão não classificável (KINTIRAKI et al, 2015). Por outro lado, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em suas recomendações, inclui a eclampsia nesta classificação (OMS, 2011).

1.1. PROBLEMA

Qual o perfil epidemiológico das gestantes internadas por SHEG na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) e qual a forma clínica mais prevalente?

1.2. HIPÓTESES

Acredita-se que mulheres primigestas, vindas do interior do Pará, sejam a maior população das pacientes internadas por SHEG.

A forma mais prevalente é a pré-eclâmpsia.

1.3. JUSTIFICATIVA

Nos países desenvolvidos, SHEG ocorre entre 2% e 8% das gestações, sendo a eclâmpsia responsável por 31% das mortes maternas (HOSSAIN et al., 2015). No Brasil, as síndromes hipertensivas podem chegar a 30%, representando, assim, a terceira causa de morte materna no mundo e a principal no Brasil devido a complicações como: eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, síndrome HELLP, tromboembolismo, edema pulmonar, hemorragia cerebral, coagulação intravascular disseminada, insuficiência renal e hepática (MORAIS et al., 2013; SOUZA et al., 2010). Em virtude da insuficiência de estudos regionais sobre o tema, este visa identificar as mulheres grávidas atendidas na FSCMPA (referência em saúde materna e infantil e gravidez de alto risco) que desenvolveram SHEG, no sentido de

manter os profissionais da área atentos aos aspectos de apresentação deste evento para que possam diagnosticar adequadamente, minimizar os efeitos adversos para o binômio mãe-feto e até subsidiar intervenções que venham a prevenir tais ocorrências.

1.4. OBJETIVOS

- Objetivo geral: Estabelecer o perfil das gestantes com Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) atendidas na FSCMPA atendidas no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2021.
- Objetivos específicos:
 - Descrever o perfil sociodemográfico das gestantes com SHEG;
 - Descrever o perfil clínico das gestantes com SHEG;
 - Identificar as formas de SHEG mais frequentes;
 - Identificar as principais manifestações apresentadas pelas gestantes com SHEG;

2. REVISÃO DA LITERATURA

Hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hipertensão crônica sobreposta por pré-eclâmpsia são os espectros das Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação (DINES; KATTAH, 2020). A incidência de pré-eclâmpsia ao redor do mundo é em torno de 3 a 10% de todas as gestações, sendo uma das principais causas de mortalidade perinatal (MURALI; MILLER; MCDERMOTT, 2020).

A hipertensão gestacional é a causa mais comum de hipertensão durante a gestação, sendo definida como níveis tensionais maiores ou iguais a 140x90 mmHg com início após 20 semanas de gestação, na ausência de proteinúria ou disfunção de órgão-alvo e persiste até 12 semanas de puerpério. O diagnóstico muda para pré-eclâmpsia a partir do momento em que a gestante desenvolve proteinúria ou disfunção de órgão-alvo (SHAH; GUPTA, 2019).

A pré-eclâmpsia é uma forma de SHEG com envolvimento multissistêmico. É definida como hipertensão de início após 20 semanas de gestação em uma mulher previamente normotensa, com valores tensionais maiores ou iguais a 140x90 mmHg em duas ocasiões com 4 horas de diferença ou maiores ou iguais a 160x110 em intervalo menor e proteinúria maior ou igual a 300 mg/24h ou relação proteiúria/creatinúria maior que 0,3. A pré-eclâmpsia pode ser definida na ausência de proteinúria se houver sinais de disfunção de órgão-alvo como elevação da creatinina acima de 1,1 mg/dl ou o dobro do valor basal, trombocitopenia (<

100.000/ μl^3), elevação das transaminases acima de duas vezes o valor da normalidade, edema pulmonar ou sintomas cerebrais ou visuais (SHAH; GUPTA, 2019).

A pré-eclâmpsia sobreposta a hipertensão crônica é definida como a presença hipertensão prévia à gestação e o desenvolvimento de proteinúria após a 20ª semana de gestação (SHAH; GUPTA, 2019).

A eclâmpsia é a condição caracterizada pela ocorrência de convulsões ou coma na vigência de pré-eclâmpsia. As convulsões podem ser dos tipos tônico-clônicas generalizadas ou focais e não podem ter outras causas identificáveis como epilepsia, AVC, hemorragia intracraniana ou relacionada ao uso de drogas (MURALI; MILLER; MCDERMOTT, 2020).

Cabe ressaltar que a não interrupção da gravidez pode levar à progressão da pré-eclâmpsia, resultando, por fim, em insuficiência placentária e disfunção orgânica materna, como a síndrome HELLP (*Hemolysis Elevated Liver Enzymes and Low Platelets count*), circunstância gravíssima que acomete 10% a 20% das mulheres com pré-eclâmpsia grave.

Segundo Kintiraki et al (2015), outras complicações incluem Acidentes Vasculares Encefálicos Hemorrágicos (AVCH), edema agudo de pulmão, disfunções no sistema nervoso central, injúria hepatocelular, coagulação intravascular disseminada (CIVD), muitas destas podendo resultar na morte materna. Já para os fetos e neonatos, os mesmos autores destacam Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR), fetos Pequenos para a Idade Gestacional (PIG), prematuridade e morte perinatal.

Convém destacar que, segundo a OMS (2011), o início precoce (antes das 32 a 34 semanas de gravidez) da pré-eclâmpsia e a morbidade fetal são usados como critérios independentes para classificar a pré-eclâmpsia como grave em algumas partes do mundo.

A SHEG possui como fatores de risco doença hipertensiva prévia, doença vascular do colágeno, obesidade, raça negra, resistência à insulina, diabetes mellitus, diabetes gestacional, aumento das concentrações séricas de testosterona e trombofilia (KINTIRAKI et al, 2015). De acordo com OMS (2011), também estão incluídos como fatores de risco a nuliparidade, gravidez na adolescência e condições que levem a hiperplacentação e aumento do tamanho destas, como gemelaridade. Neste tocante, um importante estudo realizado na Noruega destacou haver relevante aumento no risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia em mulheres com gestação múltipla, mas não no desenvolvimento de hipertensão gestacional, comparadas às gestações únicas (LAINE et al, 2019).

No que concerne a aspectos socioeconômicos, não se pode prescindir de elencar o papel desempenhado por fatores como procedência - municípios afastados da capital, não raro, apresentam particularidades que muitas vezes dificultam uma assistência pré-natal adequada -,

escolaridade, ocupação, estado civil podem estar relacionados à gênese dos distúrbios hipertensivos da gestação. Nesse escopo, um estudo realizado na Holanda, por Silva et al (2008), evidenciou importante correlação entre níveis de escolaridade menos elevados e ocupação e o maior risco de desenvolvimento de distúrbios hipertensivos na gravidez, associados a comportamentos como etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas, denotando a importância do acompanhamento pré-natal amplo das gestantes com risco de desenvolvimento de SHEG.

Embora a fisiopatologia seja apenas parcialmente conhecida, estudos apontam para fatores como anormalidades na implantação placentária, predisposição genética, intolerância imunológica entre os tecidos materno e feto-placentários (KINTIRAKI et al, 2015). Não obstante, de acordo Phoswa (2019), pesquisas recentes destacam a disfunção endotelial secundária ao estresse oxidativo mediado pela ação de neurotransmissores endógenos como a dopamina e as enzimas que a reduzem em metabólitos inativos, como a monoaminoxidase (MAO) e a catecol-O-metiltransferase (COMT) como tendo papel relevante na gênese deste conjunto de patologias.

Na placentação normal, o citotrofoblasto migra para as artérias espiraladas causando alterações que levam a redução da resistência vascular, de modo a fornecer nutrição para o feto. As placentas destinadas a desenvolver pré-eclâmpsia apresentam citotrofoblastos que falham que fazer o remodelamento vascular, resultando em vasos estreitos e isquemia placentária relativa. A placenta isquêmica libera na circulação materna fatores inflamatórios e pró-trombóticos que promovem hipertensão, e alterações no sistema de coagulação, determinando a clínica da síndrome hipertensiva (RANA et al, 2019).

Neste contexto, a utilização de elementos com ação antioxidante como vitaminas C e E tem sido apontada como alternativa para a prevenção da SHEG, embora, como destacado pelas recomendações da OMS, o único tratamento definitivo para a pré-eclâmpsia é a interrupção da gravidez, embora se observem casos de agravamento da doença no puerpério.

Como medidas preventivas estão a identificação e acompanhamento precoce das gestantes com hipertensão por meio do pré-natal. Baixas doses de aspirina reduzem o risco de pré-eclâmpsia em 10 a 20% e reduzem o risco de prematuridade e CIUR, podendo ser iniciada o mais precoce possível entre a 12^a e a 16^a semanas de gestação nas mulheres com fatores de risco. Em população cuja concentração sérica de cálcio é baixa, a administração de 1500 mg a 2000 mg reduz o risco de pré-eclâmpsia grave, mas apresenta efeito limitado sobre o risco geral. O papel do ácido fólico permanece incerto no que concerne a prevenção da pré-eclâmpsia, porém é importante para a prevenção de defeitos do tubo neural (SHAH; GUPTA, 2019).

Vários agentes podem ser usados para reduzir a pressão arterial, como hidralazina, bloqueadores de canais de cálcio, metildopa, diazóxido, prostaciclina, e sulfato de magnésio. Os mais usados são hidralazina intravenosa, labetalol intravenoso e bloqueadores de canais de cálcio. A hidralazina pode cair em desuso pelos efeitos adversos, em relação aos bloqueadores de canal de cálcio. Para os casos de hipertensão não grave, os agentes de primeira linha são metildopa, labetalol e nifedipina. Os inibidores da enzima conversora de angiotensina e os bloqueadores do receptor da angiotensina foram contraindicados devido à associação com oligoâmnio, CIUR e anormalidades renais e outras anomalias congênitas quando as mulheres são expostas durante o segundo ou terceiro trimestre da gravidez (BRAUNTHAL; BRATEANU, 2019).

Existem controvérsias quanto ao momento de iniciar a terapia. A maioria das diretrizes sugerem apenas quando a pressão arterial está acima de 150x100 mmHg, enquanto outras recomendam o tratamento apenas quando os níveis tensionais estão acima de 160x110 mmHg (BRAUNTHAL; BRATEANU, 2019).

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DE PESQUISA

Foi desenvolvido um estudo clínico, observacional, retrospectivo, analítico-descritivo por meio da análise dos dados de prontuários médicos físicos e eletrônicos.

3.2. LOCAL

O estudo ocorreu na FSCMPA, na gerência de arquivo médico (GAME), após o aceite da instituição e o parecer dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPA e da FSCMPA, bem como a anuência da instituição para sua realização (APÊNDICE H), bem como dos pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPA e da FSCMPA.

3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Foram coletadas informações dos prontuários de pacientes do gênero feminino, grávidas, com história de SHEG (CID 10 – O16) durante a gravidez e que foram atendidas na FSCMPA no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017.

Crítérios de inclusão: Foram selecionados os prontuários de mulheres grávidas, sem restrição quanto as idades cronológica e gestacional no período da internação, que tenham apresentado SHEG durante a gestação, seja antes ou durante o período de internação hospitalar.

Crêterios de exclusão: Foram excluídos os prontuários de gestantes que não evoluíram com SHEG durante o período gestacional.

3.4. ASPECTOS  TICOS

As pacientes da pesquisa foram estudadas respeitando-se as Normas de Pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS 466/12, 510/16 e 580/18) do Conselho Nacional de Saúde, sendo iniciado somente após submissão e aprova o por parte dos Comitês de  tica em Pesquisa (CEP) da FSCMPA, localizada na rua Bernal do Couto, 911, bairro Umarizal e do CEP da UFPA-Instituto de Ciências da Saúde, localizado na rua Augusto Corrêa, n  01, bairro Guamá. Ainda que aos pesquisadores não se tenham observado riscos na manipula o dos dados dos pacientes, garantiu-se absoluto sigilo e fidedignidade a estes, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Utiliza o de Dados (TCUD) (ANEXO B) pelos responsáveis, bem como armazenamento em pastas com senhas usadas unicamente pelos pesquisadores, a fim de minimizar a possibilidade de perdas daqueles dados, além da identifica o numérica dos prontuários envolvidos, evitando-se, assim, a identifica o dos pacientes em estudo.

A partir do método utilizado, os pesquisadores correm o risco de sofrer a oes judiciais por parte de paciente devido algum tipo de constrangimento em rela o ao vazamento de informaçoes do prontuário, porém enfatizamos que o interesse com os prontuários   meramente profissional e que nos comprometemos em manter a confidencialidade dos dados por meio da assinatura de um TCUD. H  ainda o risco de dano físico não intencional a algum prontuário quando de sua manipula o, o que será minimizado pelo absoluto cuidado no seu manuseio.

Como benefícios, a pesquisa viabilizará a cria o de um banco de dados referente às pacientes grávidas que desenvolveram SHEG e/ou suas complica oes, o que poderá auxiliar na identifica o precoce destas circunstâncias e, assim, contribuir para a tomada de conduta e acompanhamento clínico. Para os pesquisadores, os benefícios da pesquisa serão de natureza técnica, pois trará um comparativo da realidade local em rela o   literatura mundial, uma vez que existem poucos trabalhos regionais nesse sentido, podendo, com isso, dar subsídios para a melhoria das condutas realizadas, assim como implanta o de protocolos ou medidas hospitalares, além de ser um estímulo   produ o científica.

3.5. COLETA DE DADOS

O modo de coleta de dados foi por meio de protocolo de pesquisa, com base em prontuários. Ocorreu em local reservado dentro do próprio hospital, respeitando o horário de

funcionamento do Arquivo e conforme a disponibilidade dos pesquisadores dentro do período especificado no cronograma. Após coleta, os prontuários foram devolvidos e nenhum deles foi levado ou emprestado pelos pesquisadores e nem saiu das dependências do hospital. sem qualquer contato direto com as pacientes. Os dados foram codificados por números, para que assim fosse mantida a confidencialidade das pacientes e sigilo da pesquisa, de acordo com o Termo de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO A) e do Termo de Compromisso de Utilização de Dados – TCUD (ANEXO B).

3.6. PROCEDIMENTOS

As informações necessárias para este estudo foram coletadas a partir dos prontuários de pacientes grávidas que foram internadas na maternidade, enfermarias ou Unidade de Terapia Intensiva no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017, e que se encontram armazenados no setor de Arquivo da FSCMPA. Não houve qualquer tipo de contato com as pacientes, utilizando-se, assim, o uso do Termo de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As informações foram registradas em uma ficha de protocolo da pesquisa (APÊNDICE L) elaborada pelos pesquisadores, por meio da obtenção de dados relacionados a aspectos gerais (idade, procedência, naturalidade) e clínicos (manifestações clínicas, histórico médico, exames realizados, terapêutica utilizada). Com o intuito de preservar a identidade das pacientes, os pesquisadores se comprometeram em manter a confidencialidade dos dados obtidos, protegendo suas identidades por meio da assinatura de um Termo de Compromisso de Utilização de Dados (ANEXO B). Além disso, as fichas do protocolo da pesquisa foram identificadas com código numérico, o que além de auxiliar na organização dos dados, contribuiu para a não identificação das pacientes, uma vez que não se utilizou o nome completo destas. As informações coletadas foram submetidas à análise descritiva e estatística, interpretadas e classificadas de acordo com a temática da pesquisa e segundo o referencial teórico adotado de modo que respondam aos objetivos propostos. Concomitante a todo o processo descrito ocorreram sucessivas consultas à literatura atual disponível afim de subsidiar e embasar a discussão do tema. Os resultados deste estudo serão guardados por cinco anos, e após este período poderão ser destruídos.

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, foi construído um banco de dados utilizando-se o programa Microsoft Excel 365, que também auxiliou na produção de gráficos e tabelas. As variáveis

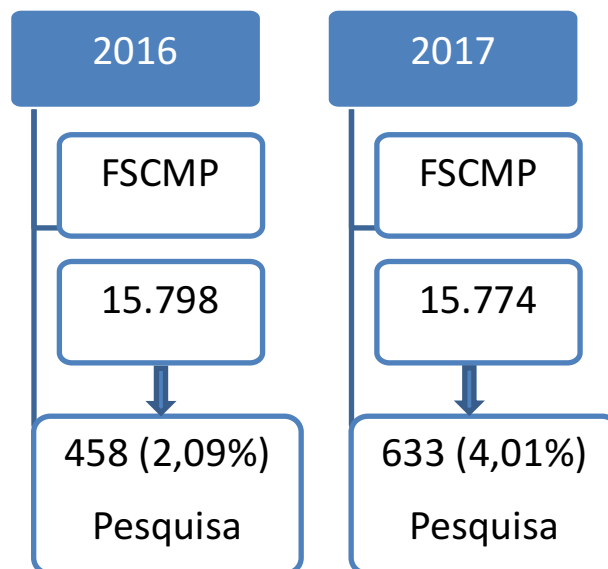
qualitativas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas foram classificadas por meio do teste de Shapiro-Wilk como tendo distribuição normal ($p>0,05$) ou não-normal ($p<0,05$). As variáveis quantitativas que apresentaram distribuição normal foram descritas por meio de média e desvio padrão, enquanto as de distribuição não normal foram descritas por meio de mediana e Odds Ratio para o risco relativo. O programa estatístico utilizado foi o Bioestat 5.3

4. RESULTADOS

Foram preenchidas ao todo 1.395 fichas para coleta de dados. Dessas, apenas 1.091 casos foram selecionados para análise final do estudo correlacionadas às pacientes com diagnósticos de SHEG.

Em 2016, na FSCMPA foram atendidas 15.789 gestantes, destas 458 (2,90%) participaram da pesquisa. Já no ano de 2017 foram atendidas 15.774, sendo que 633 (4,01%) foram incluídas na pesquisa (Fluxograma 1).

FLUXOGRAMA 1. Total de gestantes atendidas na FSCMP e total de gestantes participantes da pesquisa nos anos de 2016 e 2017.



Fonte: Gerência de Arquivo Médico da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Em relação aos distúrbios hipertensivos, a forma clínica mais comum foi a pré-eclâmpsia grave, com $n=691$ (57,25%), seguido de pré-eclâmpsia, com $n=252$ (20,88%). A

soma total das formas clínicas ultrapassou 1091 porque alguns diagnósticos encontravam-se superpostos nos prontuários (p.ex., pré-eclâmpsia grave e iminência de eclâmpsia) (Tabela 1).

TABELA 1 – Distribuição das formas clínicas dos distúrbios hipertensivos das participantes da pesquisa.

Forma clínica	n	%
Pré-eclâmpsia	252	20,88%
Pré-eclâmpsia grave	691	57,25%
Síndrome HELLP	27	2,24%
Iminência de eclâmpsia	80	6,63%
Eclâmpsia	157	13,01%
Total	1207	100,00%

A mediana da idade das mulheres incluídas no estudo foi de 26,32 e desvio padrão de $\pm 7,21$ anos. Quando divididas em faixa etária, a mais frequente foi de 18 a 23 anos (n=331, n=30,34%), seguida por 24 a 29 (n=293, 26,86%) e 30 a 35 (n=228, 20,90%). Destaca-se que apenas 2 casos não tiveram essa variável preenchida (0.18%), configurando um dado altamente consistente (Tabela 2). Nota-se que os anos de 2016 e 2017 seguem o mesmo padrão encontrado no cálculo da distribuição relativa e absoluta.

TABELA 2 – Frequência absoluta e relativa da faixa etária das participantes da pesquisa para os anos de 2016 e 2017.

Faixa Etária	2016		2017		Total	
	n	%	N	%	n	%
12 – 17	56	12.23	53	8.37	109	9.99
18 – 23	143	31.22	186	29.38	331	30.34*
24 – 29	121	26.42	172	27.17	293	26.86*
30 – 35	81	17.69	147	23.22	228	20.90
36 – 41	48	10.48	61	9.64	109	9.99
42 – 47	7	1.53	14	2.21	21	1.92
Ignorado	2	0.44	0	0.00	2	0.18
Total	458	100.00	633	100.00	1091	100.00

*p< 0,05 x² proporções esperadas iguais.

Fonte: Gerência de Arquivo Médico da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Ao observar a variável estado civil, nota-se predominância da união estável (n=538, n=49.31%) das pacientes com o diagnóstico de SHEG. O número de pacientes solteiras correspondeu a 316 casos (28.96%). Os dados ignorados corresponderam a 6,05% (66 casos), superior à quantidade de divorciadas e viúvas (Tabela 3).

TABELA 3 – Frequência absoluta e relativa do estado civil das participantes da pesquisa para o ano de 2016 e 2017.

Estado Civil	2016		2017		Total	
	n	%	n	%	n	%
Solteira	197	43.01	119	18.80	316	28.96
Casada	59	12.88	110	17.38	169	15.49
Divorciada	1	0.22	1	0.16	2	0.18
Viúva	0	0.00	0	0.00	0	0.00
União Estável	145	31.66	393	62.09	538	49.31*
Ignorado	56	12.23	10	1.58	66	6.05
Total	458	100.00	633	100.00	1091	100.00

*p< 0,01 x² proporções esperadas iguais.

Fonte: Gerência de Arquivo Médico (GAME).

A cidade de procedência das participantes varia entre diversas regiões do Pará e outros estados. Belém foi a cidade de procedência da maioria das pacientes, com n=348 (31,90%), nos dois anos pesquisados; seguida de Ananindeua, com n=88 (8,07%) e Abaetetuba, com n=46 (4,22%). Destaca-se que os dados ignorados possuem superioridade ao município de Ananindeua, sendo responsável por 9,72% dos casos, mostrando fragilidade no preenchimento das variáveis (Tabela 4 e Mapa 1).

TABELA 4 – Cidades de procedência das participantes da pesquisa.

Cidade	2016		2017		Total	
	n	%	n	%	n	%
Belém	157	34.28	191	30.17	348	31.90
Ananindeua	50	10.92	38	6.00	88	8.07
Abaetetuba	27	5.90	19	3.00	46	4.22
Castanhal	10	2.18	22	3.48	32	2.93

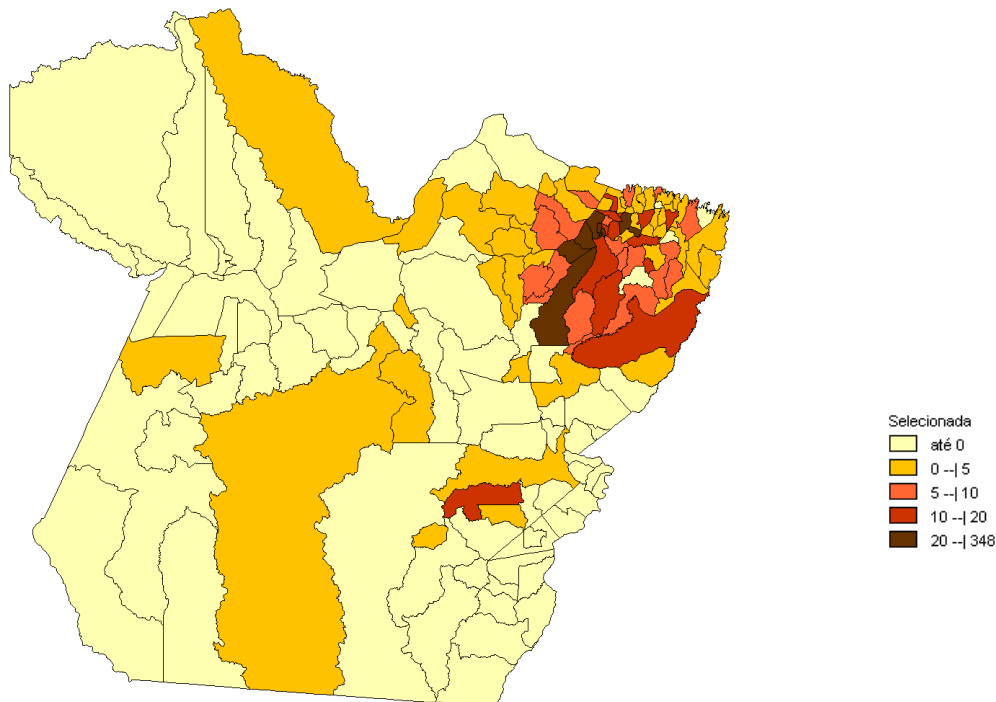
Moju	14	3.06	11	1.74	25	2.29
Marituba	13	2.84	10	1.58	23	2.11
Barcarena	10	2.18	11	1.74	21	1.92
Acara	6	1.31	13	2.05	19	1.74
Capanema	5	1.09	14	2.21	19	1.74
Paragominas	10	2.18	7	1.11	17	1.56
Parauapebas	4	0.87	12	1.90	16	1.47
Santa Izabel do para	8	1.75	8	1.26	16	1.47
Tome-Açú	4	0.87	12	1.90	16	1.47
Benevides	6	1.31	9	1.42	15	1.37
Vigia	6	1.31	8	1.26	14	1.28
Mãe do Rio	3	0.66	10	1.58	13	1.19
Igarapé-Açú	4	0.87	8	1.26	12	1.10
Santo Antônio do Tauá	5	1.09	7	1.11	12	1.10
São Miguel do Guamá	7	1.53	5	0.79	12	1.10
Cametá	3	0.66	7	1.11	10	0.92
Capitão Poço	3	0.66	7	1.11	10	0.92
Tailândia	2	0.44	7	1.11	9	0.82
Bragança	6	1.31	2	0.32	8	0.73
Bujaru	3	0.66	5	0.79	8	0.73
Curuçá	1	0.22	7	1.11	8	0.73
Igarapé miri	3	0.66	5	0.79	8	0.73
Concórdia do Pará	3	0.66	4	0.63	7	0.64
Mocajuba	6	1.31	1	0.16	7	0.64
Salinópolis	2	0.44	5	0.79	7	0.64
Santa Barbara do Pará	4	0.87	3	0.47	7	0.64
São Domingos do Capim	2	0.44	5	0.79	7	0.64
Aurora do Pará	4	0.87	2	0.32	6	0.55
Garrafão do Norte	3	0.66	3	0.47	6	0.55
Ipixuna do Pará	4	0.87	2	0.32	6	0.55
Muaná	5	1.09	1	0.16	6	0.55
Ponta de Pedras	1	0.22	5	0.79	6	0.55
Salvaterra	0	0.00	6	0.95	6	0.55

Curralinho	2	0.44	3	0.47	5	0.46
Maracanã	0	0.00	5	0.79	5	0.46
Anajás	3	0.66	1	0.16	4	0.37
Irituia	2	0.44	2	0.32	4	0.37
Marapanim	2	0.44	2	0.32	4	0.37
São João da Ponta	1	0.22	3	0.47	4	0.37
Viseu	3	0.66	1	0.16	4	0.37
Bonito	1	0.22	2	0.32	3	0.27
Colares	2	0.44	1	0.16	3	0.27
Oeiras do Pará	1	0.22	2	0.32	3	0.27
Santa Cruz do Arari	0	0.00	3	0.47	3	0.27
Breves	1	0.22	1	0.16	2	0.18
Cachoeira do Arari	1	0.22	1	0.16	2	0.18
Nova Esperança do Pará	2	0.44	0	0.00	2	0.18
Nova Timboteua	0	0.00	2	0.32	2	0.18
Peixe-boi	1	0.22	1	0.16	2	0.18
Primavera	0	0.00	2	0.32	2	0.18
Santa Luzia do Pará	0	0.00	2	0.32	2	0.18
São Sebastião da Boa Vista	1	0.22	1	0.16	2	0.18
Soure	0	0.00	2	0.32	2	0.18
Tucumã	0	0.00	2	0.32	2	0.18
Tucuruí	0	0.00	2	0.32	2	0.18
Ulianópolis	2	0.44		0.00	2	0.18
Altamira	1	0.22	0	0.00	1	0.09
Araguaína	1	0.22	0	0.00	1	0.09
Bagre	0	0.00	1	0.16	1	0.09
Boa vista	0	0.00	1	0.16	1	0.09
Cachoeira do Piriá	0	0.00	1	0.16	1	0.09
Canãa dos Carajás	0	0.00	1	0.16	1	0.09
Gurupá	0	0.00	1	0.16	1	0.09
Governador Valadares	1	0.22	0	0.00	1	0.09
Inhangapi	0	0.00	1	0.16	1	0.09
Limoeiro do Ajuru	1	0.22	0	0.00	1	0.09

Magalhães Barata	1	0.22	0	0.00	1	0.09
Marabá	0	0.00	1	0.16	1	0.09
Monte Dourado (Almeirim)	1	0.22	0	0.00	1	0.09
Quatipuru	1	0.22	0	0.00	1	0.09
Santa Helena	1	0.22	0	0.00	1	0.09
Santa Maria do Pará	1	0.22	0	0.00	1	0.09
São Caetano de Odivelas	0	0.00	1	0.16	1	0.09
São Francisco do Pará	1	0.22	0	0.00	1	0.09
São João de Pirabas	0	0.00	1	0.16	1	0.09
São João do Porto	1	0.22	0	0.00	1	0.09
Senador José Relfino	0	0.00	1	0.16	1	0.09
Terra Alta	1	0.22	0	0.00	1	0.09
Traquateua	1	0.22	0	0.00	1	0.09
Ignorada	16	3.49	90	14.22	106	9.72
Total	458	100.00	633	100.00	1091	100.00

Fonte: Gerência de Arquivo Médico da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

MAPA 1 – Municípios de origem das gestantes participantes da pesquisa diagnosticadas com SHEG no ano de 2016 e 2017.



Ao distribuir os casos por mesorregiões, a região metropolitana é responsável por 52,34% (n=571) casos. O Nordeste paraense representa 29,79% dos casos (n=325). ressalta-se

que a quantidade de dados ignorados para essa variável passa de 10% (n=112) casos, denotando fragilidade para esta variável. (Tabela 5).

TABELA 5 – Regiões de procedência das participantes da pesquisa.

Mesorregiões	2016		2017		Total	
	n	%	n	%	n	%
Região Metropolitana	266	58.08	305	48.18	571	52.34
Baixo Amazonas	1	0.22	0	0.00	1	0.09
Marajó	14	3.06	26	4.11	40	3.67
Nordeste Paraense	140	30.57	185	29.23	325	29.79
Sudeste	16	3.49	25	3.95	41	3.76
Sudoeste	1	0.22	0	0.00	1	0.09
Ignorado	20	4.37	92	14.53	112	10.27
Total	458	100.00	633	100.00	1091	100.00

p> 0,05 teste x² progressão. Sem associação estatística

Fonte: Gerência de Arquivo Médico da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Quanto ao local de procedência, a maioria das participantes teve a variável ignorada (n=500; n=45.83%). De todos os casos analisados com a variável procedência adequadamente preenchida, o hospital foi responsável por 26.86% (n=293) (Tabela 6).

TABELA 6 – Local de procedência das participantes da pesquisa.

Procedência	2016		2017		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ambulatório	3	0.66	6	0.95	9	0.82
Residência	114	24.89	100	15.80	214	19.62
Posto de saúde	14	3.06	35	5.53	49	4.49
Hospital	70	15.28	223	35.23	293	26.86
Urgência	0	0.00	25	3.95	25	2.29
Via Pública	0	0.00	1	0.16	1	0.09
Ignorado	257	56.11	243	38.39	500	45.83
Total	458	100.00	633	100.00	1091	100.00

p> 0,05 teste x² progressão. Sem associação estatística.

Fonte: Gerência de Arquivo Médico da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Em relação ao tempo de internação hospitalar, 772 casos (70.76%) permaneceram por menos de 7 dias na Fundação Santa Casa. 22.09% (n=241) permaneceram de 7 a 14 dias. Apenas 14 pacientes (1.28%) ficaram internadas por mais de 28 dias. Os casos com essa variável ignorado corresponderam a 0.27% (n=3), demonstrando alta qualidade no preenchimento dessas variáveis (Tabela 7).

TABELA 7 – Tempo de internação hospitalar das participantes da pesquisa.

Tempo de Internação Hospitalar	2016		2017		Total	
	n	%	n	%	n	%
<7 dias	315	68.78	455	71.88	772	70.76
7 a 14	105	22.93	136	21.48	241	22.09
15 a 21	18	3.93	24	3.79	42	3.85
22 a 28	11	2.40	10	1.58	21	1.92
>28	7	1.53	7	1.11	14	1.28
Ignoradas	2	0.44	1	0.16	3	0.27
Total	458	100.00	633	100.00	1091	100.00

p < 0,05 teste x² progressão.

Fonte: Gerência de Arquivo Médico da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Quanto ao número de gestações, 48.76% (n=532) eram G1 ao serem internadas, 24.20% (n=264) eram G2 e 12.19% (n=133) eram G3. Quanto ao número de partos, 53.99% (n=589) eram nulíparas, 24.84% (n=271) eram primíparas. Quanto ao número de abortos, 81.76% (n=892) não tiveram nenhum aborto, 13.20% (n=144) tiveram 1 aborto e 2.47% (n=27) tiveram 2 abortos (Tabela 8).

TABELA 8 – Número de Gestações, Partos e Abortos das participantes da pesquisa.

Quantidade	Gestações		Partos		Abortos	
	n	%	N	%	N	%
0	-	-	589	53.99	892	81.76
1	532	48.76	271	24.84	144	13.20
2	264	24.20	124	11.37	27	2.47
3	133	12.19	47	4.31	11	1.01
4	69	6.32	19	1.74	3	0.27

5	39	3.57	16	1.47	1	0.09
6	16	1.47	2	0.18	-	-
7	10	0.92	3	0.27	-	-
8	5	0.46	4	0.37	-	-
9	8	0.73	2	0.18	-	-
10	2	0.18	3	0.27	-	-
11	1	0.09	0	0.00	-	-
12	1	0.09	1	0.09	-	-
13	1	0.09	0	0.00	-	-
Ignorado	10	0.92	10	0.92	13	1.19
Total	1091	100.00	1091	100.00	1091	100.00

$p > 0,05$ teste χ^2 progressão. Sem associação estatística.

Fonte: Gerência de Arquivo Médico da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Ao observar o período gestacional, 94.96% (n=1036) ocorreram no terceiro trimestre. Apenas 3 casos (0.27%) ocorreram no primeiro trimestre (Tabela 9).

TABELA 9 – Período de ocorrência da internação conforme trimestre gestacional, das participantes da pesquisa

Trimestre	n	%
1º Trimestre	3	0.27
2º Trimestre	17	1.56
3º Trimestre	1036	94.96
Ignorado	35	3.21
Total	1091	100.00

$p < 0,001$ teste χ^2 progressão.

Fonte: Gerência de Arquivo Médico da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Quanto aos hábitos de vida, 79.29 % (n=865) das pacientes não praticavam hábitos avaliados antes ou durante a gestação. Dentre as que relataram hábitos, a maioria era etilista (136, 12.47%). Das 225 pacientes que possuíam pelo menos algum hábito de risco a validado, 145 praticavam durante a gestação. (Tabela 10).

TABELA 10 – Hábitos presentes antes e durante a gestação.

Hábitos	Sim	%	Antes	Durante
Tabagismo	8	0.73	3	5
Etilismo	136	12.47	49	87
Drogas	3	0.27	0	3
Tabagismo e etilismo	69	6.32	25	44
Tabagismo, etilismo e Drogas	9	0.82	3	6
Etilismo e Drogas	0	0.00	0	0
Nenhum	865	79.29	-	-
Ignorado	1	0.09	-	-
Total	1091	100.00	80	145

$p > 0,05$ teste χ^2 progressão. Sem associação estatística.

Fonte: Gerência de Arquivo Médico da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Com relação a comorbidades presentes em familiares de primeiro grau, a maioria apresentou hipertensão arterial sistêmica (HAS) correspondendo a 30,25% (n=330), seguido pela associação de HAS com diabetes mellitus, 26,95% (n=294) e nenhuma comorbidade, 18,79% (n=205) (Tabela 11).

TABELA 11 – Comorbidades presentes nos antecedentes familiares de pacientes com o diagnóstico de SHEG participantes do estudo.

Antecedentes Familiares	N	%
HAS	330	30.25
DM	109	9.99
HAS e DM	294	26.95
Doença Neurológica	2	0.18
Nenhuma	205	18.79
HAS, DM e Doença Neurológica	0	0.00
Cardiopatía	5	0.46
HAS, DM e Cardiopatía	11	1.01
HAS e Cardiopatía	8	0.73
HAS e Nefropatia	1	0.09
HAS, DM e Câncer	1	0.09
HAS e Câncer	1	0.09

Sem Alteração	123	11.27
Ignorado	1	0.09
Total	1091	100.00

$p > 0,05$ teste χ^2 progressão. Sem associação estatística. HAS: hipertensão arterial sistêmica. DM: diabetes mellitus.

Fonte: Gerência de Arquivo Médico da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Dentre os casos codificados de SHEG presentes neste estudo (1091 casos) que levaram à internação das pacientes estudadas, 60.13% (n=656) das pacientes não apresentavam nenhuma comorbidade. Das que apresentaram, a mais incidente foi a hipertensão arterial sistêmica (25.94%, n=283) seguida da pré-eclampsia (Tabela 12).

TABELA 12 – Comorbidades presentes nas pacientes com o diagnóstico de SHEG participantes do estudo.

Comorbidades	n	%
Sem Comorbidades	656	60.13
HAS	283	25.94
Eclâmpsia	5	0.46
Pré-eclâmpsia	46	4.22
DM	3	0.27
DM Gestacional	2	0.18
Outras	35	3.21
HAS e Pré-eclampsia	9	0.82
HAS e DM	1	0.09
HAS e DM Gestacional	2	0.18
Eclâmpsia e Pré-eclampsia	1	0.09
DM Gestacional e Eclampsia	1	0.09
HAS, Eclampsia, Pré-eclampsia e DM	1	0.09
Ignorado	46	4.22
Total	1091	100.00

$p < 0,05$ teste χ^2 progressão. Sem associação estatística. HAS: hipertensão arterial sistêmica. DM: diabetes mellitus.

Fonte: Gerência de Arquivo Médico da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Ao analisar as alterações clínicas das pacientes diagnosticadas com SHEG, 64.34% (n=702) apresentaram cefaleia, 37.12% (n= 405) apresentaram alteração visual e 22.46% (n=245) apresentaram epigastralgia (tabela 13).

TABELA 13 – Alterações clínicas relatadas pelas pacientes estudadas.

Alterações clínicas	Sim	%	Não	%	Ignorado
Cefaleia	702	64.34%	387	35.47	2
Alteração do estado mental	75	6.87%	1015	93.03	1
Convulsão	137	12.56%	953	87.35	0
Vômito	148	13.57%	941	86.25	2
Epigastralgia	245	22.46%	840	76.99	6
Alteração visual	405	37.12%	684	62.69	2
Alteração neurológica focal	55	5.04%	1036	94.96	0

p> 0,05 teste x² progressão. Sem associação estatística.

Fonte: Gerência de Arquivo Médico da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Considerando a amostra estudada, foi calculado o *Odds Ratio* para as variáveis faixa etária, residência na região metropolitana de Belém, número de gestações e os trimestres gestacionais (Tabela 14).

Em relação a faixa etária, mulheres com idade menor ou igual a 30 anos apresentaram 3,55 vezes mais chances de desenvolver SHEG que as pacientes com idade superior a 30 anos. Não houve aumento do risco para o local de residência para a amostra estudada. Não houve aumento do risco relacionado ao número de gestações entre pacientes comparadas. Não há aumento do risco, relacionado ao trimestre gestacional.

Tabela 14. Cálculo do *Odds Ration* para as variáveis analisadas.

Variáveis	SHEG	N	%	N	%	OR	IC
Faixa etária	Com	733	67.06	360	32.94	3.5564*	95%
	Sem	75	36.41	131	63.59		
Residente da região metropolitana?	Com	571	52.34	520	47.66	1.0159	95%
	Sem	107	51.94	99	48.06		
Número de gestações	Com	541	84.27	101	15.73	1.1343	95%
	Sem	170	82.52	36	17.48		

Trimestre gestacional	Com	I - II	20	1.90	III	1035	98.10	0.0149	95%
	Sem		116	56.31		90	43.69		

IC: Intervalo de confiança; OR: odds ration p-valor <0.0001.

Fonte: Gerência de Arquivo Médico da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Mulheres com quadro de SHEG apresentam mais risco de desenvolver alteração visual (OR:2.7044), epigastralgia (OR: 2.4393) e alteração neurológica focal (OR: 3.5923) em comparação às mulheres sem o quadro de SHEG (Tabela 15).

TABELA 15 – Cálculo do *Odds Ratio* para as variáveis analisadas.

Sintomatologia	SHEG	Sim	%	Não	%	OR	IC
Cefaleia	Com	702	64.46	387	35.54	0.3091	95%
	Sem	176	85.44	30	14.56		
Alteração do estado mental	Com	75	6.88	1015	93.12	1.0970	95%
	Sem	13	6.31	193	93.69		
Convulsão	Com	137	12.57	953	87.43	1.2664	95%
	Sem	21	10.19	185	89.81		
Vômito	Com	148	13.59	941	86.41	2.1569	95%
	Sem	14	6.80	192	93.20		
Epigastralgia	Com	245	22.58	840	77.42	2.4393*	95%
	Sem	22	10.68	184	89.32		
Alteração visual	Com	405	37.19	684	62.81	2.7044*	95%
	Sem	37	17.96	169	82.04		
Alteração neurológica focal	Com	55	5.04	1036	94.96	3.5923*	95%
	Sem	3	1.46	203	98.54		

IC: Intervalo de confiança; OR: Odds Ratio. *p-valor <0.005.

Fonte: Gerência de Arquivo Médico da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

5. DISCUSSÃO

As síndromes hipertensivas representam a intercorrência clínica mais comum da gestação, sendo a principal causa de morbimortalidade materna no mundo (BRASIL, 2022). No Brasil, são consideradas a principal causa de mortalidade materna, afetando cerca de 5 a 17% das gestantes (FERREIRA et al, 2021).

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento de SHEG pode-se incluir síndrome do anticorpo antifosfolípide, SHEG prévia, hipertensão crônica, diabetes pré-gestacional e ICM > 30. Essas mulheres se beneficiam com uso profilático de aspirina, iniciado entre 12 e 16 semanas (BARTSCH et al, 2016). Outros fatores de risco incluem idade materna avançada, nuliparidade, doença renal crônica preexistente e uso de técnicas de reprodução assistida (RANA et al, 2019).

Dentro do espectro da SHEG, pode ocorrer evolução para complicações graves como eclâmpsia; acidente vascular cerebral hemorrágico; hemólise, disfunção hepática com elevação de suas enzimas, plaquetopenia (síndrome HELLP); insuficiência renal aguda; edema agudo de pulmão; podendo chegar à morte (PEÇAROLI et al, 2019).

No presente estudo, dentre as formas de SHEG encontradas, constatou-se que pré-eclâmpsia grave foi a mais presente, seguida de pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Tal resultado coincide parcialmente ao observado por (BRITO; MOURA; SOUSA, 2015) cujos resultados mostraram igualmente maior prevalência de pré-eclâmpsia grave (42%), porém seguido de hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta (22%), reservando à pré-eclâmpsia leve o menor percentual (15%). O predomínio de pré-eclâmpsia grave também foi observado por (AMORIM; NEVES; MOREIRA, 2017).

As manifestações clínicas das SHEG englobam uma gama de alterações clínicas e laboratoriais, devendo, portanto, ser motivo de atenção por parte do profissional que assiste a gestante, sobretudo em relação à pré-eclâmpsia na sua forma complicada. A suspeita diagnóstica de SHEG também existe quando o aumento da pressão está acompanhado dos seguintes sintomas: cefaleia, turvação visual e escotomas, dor abdominal, entre outros (HENTSCHKE, 2014).

Em nossos achados acerca das manifestações clínicas, as mais frequentes foram cefaleia, alterações visuais (como escotomas e turvação visual) e epigastralgia. Esse quadro está presente na pré-eclâmpsia grave, forma clínica mais frequente durante o período estudado. Outras manifestações relatadas foram presença de crises convulsivas e alterações laboratoriais, transaminases e trombocitopenia, as quais são características da eclâmpsia e da síndrome HELLP, respectivamente.

Apesar das alterações fisiopatológicas se iniciarem na fase de placentação, as manifestações clínicas ocorrem mais adiante (ZUGAIB; FRANCISCO, 2019). Nesse sentido, as SHEG podem ser precoces ou tardia. É precoce quando ocorre antes de 34 semanas ou tardia quando ocorre da 34ª semana em diante. A forma de início precoce geralmente está associada

a comprometimento da circulação uteroplacentária, crescimento uterino restrito e piores resultados maternos e perinatais (PEÇAROLI et al 2019).

Quando as manifestações são precoces, deve-se alertar para hipertensão crônica, trombofilias ou doença renal preexistente. Felizmente, as manifestações clínicas geralmente ocorrem no último trimestre da gestação (ZUGAIB; FRANCISCO, 2019). Tal fato está em consonância com nossos achados, em que aproximadamente 94% foram internadas nesse período.

No que tange à faixa etária, pudemos observar que a maior incidência foi no grupo de 12 – 23 anos (mais de 30%), o que fala de acordo com outros estudos realizados, nos quais os períodos de adolescência precoce e tardia, bem como a faixa de adultos jovens são as mais prevalentes (BACELAR, 2016; EVANGELISTA et al, 2021; AMORIM et al, 2017). Ao analisarmos separadamente os anos do estudo, ambos mantiveram uma média muito próxima das médias absoluta e relativa gerais (31.22% e 29.38%), evidenciando um relativo equilíbrio à ocorrência da síndrome no quesito avaliado. Por outro lado, gestações ocorridas na faixa dos 36 anos ou mais, a despeito dos conhecidos riscos inerentes à gravidez em idades mais avançadas, demonstraram percentual relativamente pouco significativo, totalizando menos de 12%.

Nos extremos da vida reprodutiva da mulher (abaixo de 18 anos e acima dos 40 anos) há maior distribuição dos casos de SHEG. Contudo, como a primeira gestação ocorre mais frequentemente nas mulheres jovens, observa-se maior número de casos nesse grupo (ZUGAIB; FRANCISCO, 2019), corroborando com os dados coletados. Quando se exclui outros fatores de risco, como nuliparidade, obesidade, estresse biopsicossocial e pré-natal deficiente, a idade não constitui risco para SHEG (ZUGAIB; FRANCISCO, 2019).

Tais dados indicam uma possível relação entre gravidez precoce e desenvolvimento da SHEG, reforçando, assim, a importância e necessidade de políticas de atenção à mulher desde o início da adolescência, preferencialmente antes mesmo da coitarca, por meio da educação sexual, o que impactará na redução dos índices de gravidez precoce e, conseqüentemente, nas intercorrências gestacionais, dentre as quais a SHEG.

Quanto ao estado civil, houve predomínio da união estável (49.31%), seguida daquelas que se declararam “solteiras” (28.96%) e, por fim, “casadas” (15.49%), consonante com o perfil encontrado no estudo de Silva (2015), no qual a união estável se mostra como a modalidade de relação afetiva mais prevalente, porém contrastando com o observado por Lima et al (2018), cuja variável “casada” foi a mais citada (52%; n=26). Neste último, tal variável não se mostrou claramente relacionada à gênese dos distúrbios hipertensivos na gravidez, cabendo somente

como aspecto secundário (SILVA, 2015). Outro estudo sugere que a maioria das mulheres prefere engravidar dentro de um relacionamento mais consolidado, uma vez que a estabilidade colabora para evolução da gestação (SOUSA et al, 2019).

Já outros estudos aventam uma importância a ser dada ao estado civil, uma vez que mães solteiras apresentariam maior vulnerabilidade em virtude do prejuízo ao autocuidado pela ausência do companheiro (BACELAR, 2016).

Os dados ignorados referentes ao estado civil corresponderam a 6,05% (66 casos), superior aos divorciados e viúvos, denotando uma inadequação na coleta deste dado quando da admissão das pacientes.

Nesse aspecto, a despeito do exposto pelo estudo supramencionado, particularmente não concordamos com a importância dada ao estado civil, ao menos da maneira analisada, pois não vemos com razoabilidade creditar maior vulnerabilidade da mulher, a dependência desta em relação ao companheiro e, conseqüentemente, ao desenvolvimento da síndrome em questão.

Quanto à procedência, evidencia-se que a maior parte das gestantes que evoluíram para SHEG são provenientes da Região Metropolitana de Belém (RMB), perfazendo um total de quase metade dos casos (48,49%), sendo somente a capital responsável por quase 32% destes. Já quando analisamos a situação do interior do estado, os municípios da RMB respondem por mais de 16 % do total (aproximadamente 60%), com especial destaque para a cidade de Ananindeua, município contíguo à capital. Esse direcionamento à capital é facilmente justificado pelo fato de estar localizada em Belém a maternidade referência em gestação de alto risco do estado do Pará.

Sabe-se que a maioria das mortes e complicações maternas é devido à falta de cuidados no pré-natal, falta de acessos hospitalares, escassez de recursos, diagnóstico e manejo inapropriados dos pacientes com PE/eclampsia, o que é visto nos países em desenvolvimento (HENTSCHKE, 2014). Desse modo, ainda que generalizações não sejam recomendadas, considerando a heterogeneidade da infraestrutura e de profissionais da saúde nos municípios do interior, sobretudo num estado de grandes dimensões como o Pará, poderia se inferir que percentual significativo das gestantes que evoluem com SHEG nas diversas localidades do estado se deve A alguns dos aspectos elencados pela pesquisadora supracitada.

Uma situação que chama a atenção foi a não inclusão de informações de procedência das gestantes que evoluíram com SHEG na admissão e durante a internação nos prontuários coletados. Em vários, não foram registradas as procedências tanto de cidade quanto de instituição de origem. Tais dados podem ter impacto negativo na condução dessas pacientes. Uma vez que o local de origem da gestante pode ter importância epidemiológica.

Quanto a paridade, a maioria das gestantes internadas eram nulíparas, observando-se uma relativa relação de inversa proporcionalidade, uma vez que quanto maior a paridade, menor a incidência das manifestações hipertensivas na gravidez. Isso foi constatado numa revisão sistemática acerca da comparação da incidência de pré-eclâmpsia entre primíparas e múltiparas, encontrou-se que o risco nas primíparas é 2,4 vezes maior. Esta revisão aventa a má adaptação do sistema imunológico materno ao conceito (LUO et al, 2007).

Em contrapartida, uma circunstância particular pode ser observada em múltiparas que engravidam de outro parceiro, as quais apresentam maior risco de desenvolver SHEG em relação a múltiparas que engravidam do mesmo parceiro. Este fato corrobora com o papel adaptativo do sistema imunológico, no desenvolvimento da doença (SOUZA; FERREIRA; LEME, 2007).

História médica pregressa familiar e pessoal é aspecto de grande relevância para a gênese da SHEG. A presença de determinadas doenças em familiares de primeiro grau (pai, mãe, irmãos e avós) configuram fator de risco importante para a gestante, como por exemplo HAS e diabetes mellitus (DM). Em relação aos antecedentes familiares, verificou-se que HAS foi relatada por 330 pacientes (30,25%), DM por 109 gestantes (9,99%) e a associação HAS e DM por 294 delas (26,95%).

Histórico patológico tem importante papel na gênese da SHEG, sobretudo antecedente de HAS, por aumentarem sobremaneira a predisposição ao desenvolvimento dessa síndrome, como apontam estudos. Neste aspecto, a maior parte das pacientes afirmou não apresentar nenhuma patologia pregressa (>60%). Por outro lado, entre as que possuíam algum histórico médico anterior, HAS foi a mais prevalente (cerca de 26%), seguida de Pré-eclâmpsia / Eclâmpsia (4,62%), enquanto o grupo “outras patologias”, dentre as quais cardiopatias e neuropatias, responde por 3,21%.

Tais dados falam de acordo com o observado por Amorim et al (2017), para os quais a maioria das pacientes não possuíam patologia pregressa (46%), e para aquelas que possuíam parentes em primeiro grau com alguma doença crônica, HAS foi a mais presente (44,80%), resultados semelhantes ao observado por BRITO et al (2015).

A primeira gestação, quando cursa com normotensão funciona como fator protetor contra a pré-eclâmpsia (SOUZA; FERREIRA; LEME, 2007). Já a história prévia de SHEG, aumenta o risco de recorrência, em aproximadamente, 14% (LUO et al, 2007).

Um dado positivo é que 79,29% das pacientes não praticavam hábitos nocivos, como tabagismo, etilismo ou uso de drogas ilícitas. O tabagismo se mostra como fator protetor contra SHEG, de modo que mulheres fumantes podem apresentar risco 30% menor de incidência.

Contudo, esse hábito se relaciona com maior ocorrência de desfechos desfavoráveis, quando as mulheres desenvolvem SHEG, como restrição de crescimento intrauterino, descolamento prematuro de placenta, baixo peso ao nascer e prematuridade (AMARAL e PERAÇOLI, 2011). Desse modo, ainda que tal viés positivo seja evidenciado, a avaliação dos riscos e benefícios nos força a desestimular o tabagismo antes e, sobretudo, durante a gestação.

O etilismo foi o hábito mais frequente entre as gestantes, de modo que 19,61% das gestantes consumiam álcool isoladamente, ou em associação com o tabagismo ou drogas ilícitas. Maia et al (2019), em um estudo observacional, identificou que 60% das mulheres consumiam álcool, 30% eram tabagistas, 6,7% consumiam álcool e cigarro e 3,3% consumiam álcool e alguma droga ilícita. Tal dado sustenta nossos achados.

6. CONCLUSÃO

A SHEG é uma importante intercorrência da gestação, devido aos riscos maternos e fetais. Neste estudo, foi verificado que as mulheres jovens, primigestas e nulíparas representaram importante parcela da população de gestantes atendidas na FSCMPA, durante o período do estudo.

A pré-eclâmpsia grave foi a forma clínica mais frequente entre as pacientes internadas, tendo em vista que o serviço é referência para os casos mais graves.

As manifestações clínicas mais comuns foram cefaleia, alterações visuais e dor abdominal. Esse conjunto de achados é presente nas formas graves das síndromes hipertensivas, como a pré-eclâmpsia grave.

Diante do exposto, medidas preventivas visando esse grupo são importantes, como o acompanhamento pré-natal, entendendo-se a pré natalidade desde a menarca, uma vez que os cuidados e orientações prestadas à possível futura gestante podem impactar diretamente quando de uma eventual gravidez, sobretudo nas cidades do interior do estado, considerando o número de gestantes procedentes desses locais.

Esperamos que este e muitos outros estudos venham a contribuir para a elaboração de políticas públicas voltadas à saúde da mulher, desde a adolescência e, assim, impactar positivamente na saúde do binômio mãe-feto.

7. REFERÊNCIAS

- AMARAL, W.T.; PERAÇOLI, J.C. Fatores de risco relacionados à pré-eclâmpsia. **Com. Ciências Saúde**. v. 22, n. 1, 2011.
- AMORIM, F.C.M. et al. Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia. **Revista de Enfermagem UFPE online**. v. 11, n. 4, fev. 2017.
- BACELAR, E. B. **Fatores associados à síndrome hipertensiva da gestação em adolescentes e adultas jovens da Região Nordeste do Brasil**. 126 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia 2016.
- BARTSCH, E. et al. Clinical risk factors for preeclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. **BMJ**. v. 19, n. 353, apr. 2016.
- BRITO, K.K.G. et al. Prevalência das síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG). **Rev. Pesqui**. v. 7, n. 3, jul-sep. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco**. Brasília: MS, 2022. p142. Disponível em: < <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>>. Acesso em: 07/04/2022.
- BRAUNTHAL, S.; BRATEANU, A. Hypertension in pregnancy: Pathophysiology and treatment. **SAGE Open Med**. v. 7, apr. 2019.
- DINNES, V.; KATTAH, A. Hypertensive Disorders of Pregnancy. **Adv Chronic Kidney Dis**. v. 27, n. 6, p531-538, nov. 2020.
- EVANGELISTA, H.I. et al. Avaliação epidemiológica da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez em um município da região norte do Brasil. **Research, Society and Development**. v. 10, n. 5, abr. 2021.
- FERREIRA, J.P.N. et al. Síndromes Hipertensivas específicas da gestação em adolescentes e suas repercussões maternas e perinatais: uma revisão integrativa de literatura. **Brazilian Journal of Development**. v. 7, n. 3, mar. 2021.
- HENTSCHKE, M.R. **Pré-eclâmpsia: avaliação de aspectos fisiopatológicos e clínicos**. Tese de Doutorado (Doutorado em Medicina e Ciências da Saúde) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.
- HOSSAIN, N. et al. Clinical spectrum of Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome (PRES) in patients with eclampsia. **Pakistan Journal of Medical Sciences**. v.31, n. 5, p1121-1123, sep-out. 2015.
- KINTIRAKI, E. et al. Pregnancy-Induced hypertension. **Hormones (Athens)**. v. 14, n. 2, apr-jun. 2015.
- LAINE, K. et al. Prevalência e risco de pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional em gestações gemelares: um estudo de registro de base populacional. **BMJ Open**. v. 9, n. 7, jun. 2019.

- LUO, Z.C. et al. The effects and mechanisms of primiparity on the risk of pre-eclampsia: a systematic review. **Pediatra Perinatal Epidemiol.** v. 21, n. 1, jul. 2007.
- MORAIS, F. M. et al. Uma revisão do perfil clínico-epidemiológico e das repercussões perinatais em portadoras de síndrome hipertensiva gestacional. **Revista EIXO**, Brasília, DF, v. 2, n. 1, p. 69-82, jan-jun. 2013.
- MURALI, S.; MILLER, K.; MCDERMOTT, M. Preeclampsia, eclampsia, and posterior encephalopathy syndrome. **Handb Clin Neurol.**, Vol. 172, p63-77, 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011 Recomendações da OMS para prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia.
- PEÇAROLI, J.C. et al. Pre-eclampsia/eclampsia. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 41, n. 05, may. 2019.
- PEREIRA, L.J. et al. Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. **Rev Rene.** v. 19, 2018.
- PHOSWA, W.N. Dopamine in the Pathophysiology of Preeclampsia and Gestational Hypertension: Monoamine Oxidase (MAO) and Catechol-O-methyl Transferase (COMT) as Possible Mechanisms. **Oxid Med Cell Longev.** nov.2019.
- PRANITA, et al. Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome Presenting as Quadriplegia in Pregnancy Induced Hypertension. **J Clin Diagn Res.** v. 9, n. 4, apr. 2015.
- RANA, S. et al. Preeclampsia: Pathophysiology, Challenges, and Perspectives. **Circ Res.** v. 127, n. 7, p1094-1112, mar, 2019.
- SHAH, S.; GUPTA, A. Hypertensive Disorders of Pregnancy. **Cardiol Clin**, v. 37, n. 3, p345-354, aug. 2019.
- SILVA, L.M. et al. Maternal educational level and risk of gestational hypertension: the Generation R Study. **J Hum Hypertens.** v. 22, n. 7, jul 2008.
- SILVA, F.R.R. **Fatores associados à hipertensão na gravidez.** Salvador, 2015. 42 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2015.
- SOUSA, M.G. et al. Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes. **einstein (São Paulo).** v. 18, out. 2019.
- SOUZA, A.R. et al. Tratamento antihipertensivo na gravidez. **Acta Med Port.** v.23, n.1, p.77-084, 2010.
- SOUZA, H.M.; FERREIRA, P.A.C.; LEME, R.C. **Ocorrência de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG).** Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade São Francisco, Bragança Paulista, São Paulo, 2007.

WATANABE M. et al. Gestational Hypertension as Risk Factor of Hypertension in Middle-Aged and Older Women. **Int J Environ Res Public Health**. v. 17, n. 11, 4052, jun. 2020.

ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R.P.V. **Zugaib Obstetrícia**. 4^a. Ed. São Paulo: Manole; 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A - CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO ORIENTADOR

17

APÊNDICE A - CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO ORIENTADOR

À
Coordenação do TCC de Medicina.

Senhor(a) Coordenador(a),


Encaminho para análise e parecer da Comissão do TCC, o projeto de pesquisa,
Título: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍNDROME
HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG) ATENDIDAS EM UMA
MATERNIDADE PÚBLICA REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA

dos alunos:

Michel Frank da Cunha Holanda

Rafael dos Santos Dias

Belém, 03 de agosto de 2021



Dra. Sônia F. S. Moreira
Ginecologia / Obstetrícia
CRM - PA 4000

Sônia Fátima da Silva Moreira
(CARIMBO)

APÊNDICE B - INSCRIÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

18

APÊNDICE B - INSCRIÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
 SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 FACULDADE DE MEDICINA

INSCRIÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Título: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG) ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA

Autores:	Matrícula
Michel Frank da Cunha Holanda	201609740102
Rafael dos Santos Dias	201609740099

Orientadora
 Profa. Dra. Sônia Fátima da Silva Moreira.

Área do conhecimento que será realizado o TCC:
 Ginecologia e Obstetrícia

Local/Instituição onde será desenvolvido
 Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Belém, 03 de agosto de 2021

Assinatura Aluno: Michel Frank da Cunha Holanda

Assinatura Aluno: Rafael dos Santos Dias

Aprovado em reunião da Comissão de TCC realizado em ___/___/___

Coordenação: _____

APÊNDICE C - TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

19

APÊNDICE C - TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, Profa. Dra. Sônia Fátima da Silva Moreira, aceito orientar o Trabalho de Conclusão de Curso – TCC do curso de medicina da UFPA, intitulado **“PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG) ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA”**, que será desenvolvido pelo(s) discente(s) **Michel Frank da Cunha Holanda e Rafael dos Santos Dias**, comprometendo-me a dedicar o tempo mínimo de 2 (duas) horas semanais para o acompanhamento do TCC, assim como, de participar da defesa do trabalho como membro examinador, devendo presidir a banca examinadora.

Informo também, ter ciência que a orientação deverá estar de acordo com o manual das orientações para apresentação do TCC e que, na eventual ocorrência de algum fato que prejudique o processo de orientação, o mesmo deverá ser formalmente comunicado a coordenação do TCC.

Belém, 03 de agosto de 2021


Assinatura.

Dra. Sônia F. S. Moreira
Ginecologia / Obstetrícia
CRM - PA 4000

APÊNDICE D – CADASTRO DO ORIENTADOR

20

APÊNDICE D – CADASTRO DO ORIENTADOR

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

CADASTRO DO ORIENTADOR

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: SÔNIA FÁTIMA DA SILVA MOREIRA Sexo: FEMININO
Profissão: MÉDICA Data de nascimento: 05/02/1960
Endereço Residencial: Tv. Curuzú, 1872, apto 902
Bairro: Marco CEP: 66093-802
Cidade: Belém Fone: (91) 3228-2680 Fax: _____
E-mail: sfsm@ufpa.br Celular: (91) 99114-8180
Local de trabalho: Faculdade de Medicina/ICS/UFPA
Função: Professora Cargo: Professora
Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, S/N
Bairro: Umarizal CEP: 66050-160 Cidade: Belém
Fone: _____ Fax: _____

II – FORMAÇÃO ACADÊMICA

1 – Graduação: Medicina Ano: 1983 IES*: UFPA
2 – Especialização: Residência em Ginecologia e Obstetrícia Ano: 1987 IES: UFRJ
3 – Mestrado: Ginecologia Ano: 2000 IES: UNIFESP
4 – Doutorado: Ciências Médicas Ano: 2015 IES: UFRGS
* Instituição de Ensino Superior

III – ÁREA(S) DE CONHECIMENTO QUE ATUA E/OU LINHA (S) DE PESQUISA
DESENVOLVIDA(S): Climatério e Menopausa, Epidemiologia clínica, Distúrbios do
assoalho pélvico feminino, uroginecologia

Belém, 03 de Agosto de 2021

Assinatura: _____



Dra. Sônia F. S. Moreira
Ginecologia / Obstetrícia
CRM - PA 4000

APÊNDICE E – CADASTRO DOS AUTORES

21

APÊNDICE E – CADASTRO DOS AUTORES

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

CADASTRO DOS AUTORES

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: Michel Frank da Cunha Holanda Sexo: Masculino
 Data de nascimento: 26/12/1980
 Número de matrícula: 201609740102 Turma: C 2016
 Endereço Residencial: Rod. Augusto Montenegro, 6955
 Bairro: Tapanã CEP: 66833-380
 Cidade: Belém Fone: (91) 981418354 Fax: _____
 E-mail: mholanda80@gmail.com Celular: (91) 981418354



 Assinatura

Nome: Rafael dos Santos Dias Sexo: Masculino
 Data de nascimento: 30/09/1993
 Número de matrícula: 201609740099 Turma: C 2016
 Endereço Residencial: Conjunto Pedro Teixeira II, Rua B, nº 120 Bairro: Coqueiro
 CEP: 66670-350
 Cidade: Belém Fone: (91) 98132-4339 Fax: _____
 E-mail: rafa.santos.dias@gmail.com Celular: (91) 98132-4339



 Assinatura

**APÊNDICE F – CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO EXAMINADOR APÓS
ANÁLISE PRÉVIA**

À.

Coordenação do TCC de Medicina.

Senhor(a) Coordenador(a),

Depois de realizada a ANÁLISE PRÉVIA, encaminhamos a Vossa Senhoria, em anexo, o TCC analisado e o respectivo parecer,

Título: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG) ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA

dos(as) alunos(as):

Michel Frank da Cunha Holanda

Rafael dos Santos Dias

Belém, 03 de agosto de 2021.

RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE PRÉVIA

APÊDICE G – CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO ORIENTADOR PARA ANÁLISE FINAL

23

APÊDICE G – CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO ORIENTADOR PARA ANÁLISE FINAL

À

Coordenação do TCC de Medicina.

Senhor(a) Coordenador(a),

Encaminhamento para análise final, o Trabalho de Conclusão de Curso,

Título: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG) ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA

dos(as) alunos(as):

Michel Frank da Cunha Holanda

Rafael dos Santos Dias

Belém, 03 de agosto de 2021.



Sônia Fátima da Silva Moreira
(CARIMBO)

Dra. Sônia F. S. Moreira
Ginecologia / Obstetria
CRM - PA 4000

APÊNDICE H – CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP

24.

APÊNDICE H – CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP

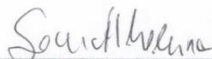
Ao
Comitê de Ética em Pesquisa ICS/UFPA

Prezados membros,

Solicito a este comitê, a análise e parecer do projeto de pesquisa intitulado PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG) ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA, o qual será desenvolvido pelos alunos Michel Frank da Cunha Holanda e Rafael dos Santos Dias, sob orientação da Profa. Dra. Sônia Fátima da Silva Moreira.

Atenciosamente,

Belém, 03 de agosto de 2021.



Sônia Fátima da Silva Moreira
Telefone: (91) 99114-9180

Dra. Sônia F. S. Moreira
Ginecologia / Obstetrícia
CRM - PA 4000

APÊNDICE I – CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP

25

APÊNDICE I – CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP

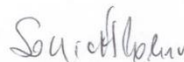
Ao
Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Prezados membros,


Solicito a este comitê, a análise e parecer do projeto de pesquisa intitulado PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG) ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA, o qual será desenvolvido pelos alunos Michel Frank da Cunha Holanda e Rafael dos Santos Dias, sob orientação da Profa. Dra. Sônia Fátima da Silva Moreira.

Atenciosamente,

Belém, 03 de agosto de 2021.



Sônia Fátima da Silva Moreira
Telefone: (91) 99114-9180



Dra. Sônia F. S. Moreira
Ginecologia / Obstetrícia
CRM - PA 4000

APÊNDICE J – TERMO DE COMPROMISSO DO ORIENTADOR

26

APÊNDICE J – TERMO DE COMPROMISSO DO ORIENTADOR**TERMO DE COMPROMISSO DO ORIENTADOR**

Eu, Profa. Dra. Sônia Fátima da Silva Moreira, professora da Universidade Federal do Pará, comprometo-me a orientar o trabalho de pesquisa, intitulado **“PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG) ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA”**, respeitando todas as normas da Resolução 196/96 e suas complementares na execução do presente projeto, o qual será desenvolvido pelos alunos do Curso de Medicina da UFPA, Michel Frank da Cunha Holanda e Rafael dos Santos Dias.

Belém, 03 de agosto de 2021



Sônia Fátima da Silva Moreira

APÊNDICE K – TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

27.

APÊNDICE K – TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

TÍTULO DO PROJETO:

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG) ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA

ORIENTADOR(A):

Profa. Dra. Sônia Fátima da Silva Moreira.

PESQUISADORES:

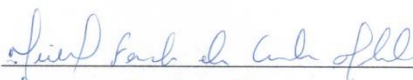
Michel Frank da Cunha Holanda


Rafael dos Santos Dias

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

1. Preservar a privacidade das pacientes cujos dados serão coletados;
2. Que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
3. Que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.
4. Que serão respeitadas todas as normas da Resolução 196/96 e suas complementares na execução deste projeto.

Nomes e Assinaturas de todos os pesquisadores participantes:

Michel Frank da Cunha Holanda 

Rafael dos Santos Dias 

Belém, 03 de agosto de 2021.

APÊNDICE L – PROTOCOLO DA PESQUISA

Nº da ficha: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Naturalidade: _____ Procedência: _____

Cidade: _____

Profissão / ocupação: _____

Estado civil: () Solteira () Casada () Divorciada () Viúva () União estável

2. Dados Clínicos

Data da admissão hospitalar: ____ / ____ / ____ Data da alta hospitalar: ____ / ____ / ____

Nº de gestações / parto / aborto (GPA): _____

IG na admissão: _____ Motivo da internação: _____

Comorbidades: () Sim () Não

Se sim, qual? () HAS () DHEG () eclâmpsia () pré-eclâmpsia () DM () DM gestacional ()

Outra (especificar): _____

Manifestações clínicas apresentadas: () Cefaleia () Alteração do estado mental () Convulsão

() Vômito () Epigastralgia () Alteração visual

Antecedente familiar: () HAS () DM () Doença neurológica () Nenhum () Outro

Hábitos de vida: () Tabagismo () Etilismo () Drogas

Se presente item de hábitos de vida, especificar: () Antes da gravidez () Durante a gravidez

Uso de medicações antes da internação? () Sim () Não Se sim, qual (s)?

Uso de medicação específica durante a internação? () Sim () Não Se sim, qual (s)?

ANEXOS

ANEXO A - SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE.

30

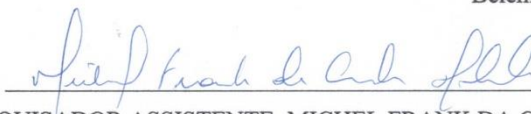
ANEXO A - SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE.

Nós, Michel Frank da Cunha Holanda e Rafael dos Santos Dias, portadores dos CPFs 65740726204 e 83538100268, Pesquisadores Assistentes no projeto intitulado “**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG) ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA**”, sob orientação da Pesquisadora Responsável Profa. Dra. Sônia Fátima da Silva Moreira, solicitamos perante este Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa de utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, considerando que a pesquisa a ser elaborada não estabelecerá contatos diretos com o paciente, mas por meio indireto, por se tratar de um estudo observacional, tendo em vista que utilizaremos seus prontuário, e a impossibilidade de localizar/contactar diretamente os participantes aos quais os prontuários pertencem, por motivo de incompatibilidade geográfica, tendo em vista que se tratam de pacientes oriundos de todo o estado e muitos destes, possivelmente, estarem com endereços e telefones de contato não atualizados em relação à época da internação na instituição.

Estou ciente de que o acesso e a coleta de dados poderão ser feitos somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Nestes termos, me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras descritas nas Resoluções CNS nº 466/12 e nº 580/18, e suas complementares.

Belém - PA, 03 de agosto de 2021



PESQUISADOR ASSISTENTE: MICHEL FRANK DA CUNHA HOLANDA

CPF/RG: 65740726204/3636157

Endereço: Rod. Aug Montenegro, 6955, Tapanã.

Telefone: (91) 981418354

E-mail: mholanda80@gmail.com



PESQUISADOR ASSISTENTE: RAFAEL DOS SANTOS DIAS

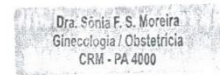
CPF/RG: 83538100268/6648807

Endereço: Conjunto Pedro Teixeira II, Rua B, 120

Telefone: (91) 981324339

E-mail: rafa.santos.dias@gmail.com

Sônia Fátima



PESQUISADORA RESPONSÁVEL: SÔNIA FÁTIMA DA SILVA MOREIRA

CPF/RG: 149129612-72/1808551

Endereço: Tv. Curuzu, 1872, 902

Telefone: (91) 99114-9180

E-mail: sfsm@ufpa.br

ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD.

32

ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD.

Nós, Michel Frank da Cunha Holanda e Rafael dos Santos Dias, portadores dos CPFs 65740726204 e 83538100268, Pesquisadores Assistentes no projeto intitulado “**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG) ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA**”, sob orientação da Pesquisadora Responsável Profa. Dra. Sônia Fátima da Silva Moreira, comprometemo-nos com a utilização dos dados contidos na Gerência de Arquivo Médico, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

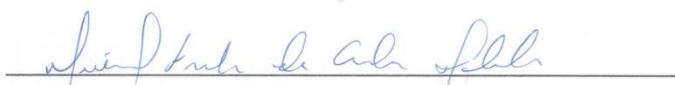
Comprometemo-nos a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários, bem como com a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais, e demais Resoluções, nos termos da Res. 466/12, 510/16 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde.

Declaramos entender que é nossa a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é nossa a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometemo-nos com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP-CONEP.

Belém-PA, 03 de agosto de 2021



PESQUISADOR ASSISTENTE: MICHEL FRANK DA CUNHA HOLANDA

CPF/RG: 65740726204/3636157

Endereço: Rod. Aug Montenegro, 6955, Tapanã.

Telefone: (91) 981418354

E-mail: mholanda80@gmail.com

Rafael dos Santos Dias

PESQUISADOR ASSISTENTE: RAFAEL DOS SANTOS DIAS

CPF/RG: 83538100268/6648807

Endereço: Conjunto Pedro Teixeira II, Rua B, 120

Telefone: (91) 981324339

E-mail: rafa.santos.dias@gmail.com

Sônia Fátima

Dra. Sônia F. S. Moreira
Ginecologia / Obstetrícia
CRM - PA 4000

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: SÔNIA FÁTIMA DA SILVA MOREIRA

CPF/RG: 149129612-72/1808551

Endereço: Tv. Curuzu, 1872, 902

Telefone: (91) 99114-9180


E-mail: sfsm@ufpa.br

ANEXO C - TERMO DE DECLARAÇÃO DE INSEÇÃO DE ÔNUS FINANCEIRO PARA AS INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

34

ANEXO C - TERMO DE DECLARAÇÃO DE INSEÇÃO DE ÔNUS FINANCEIRO PARA AS INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

Declaro para os devidos fins que o projeto intitulado “**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG) ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA**”, realizado pelos pesquisadores assistentes Michel Frank Da Cunha Holanda e Rafael Dos Santos Dias, orientados pela pesquisadora responsável Profa. Dra. Sônia Fátima da Silva Moreira, não acarretará ônus às instituições participantes e colaboradoras do projeto (Universidade Federal do Pará e Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará), uma vez que será de exclusiva responsabilidade dos pesquisadores seu financiamento.



PESQUISADOR ASSISTENTE: MICHEL FRANK DA CUNHA HOLANDA

CPF/RG: 65740726204/3636157

Endereço: Rod. Aug Montenegro, 6955, Tapanã.

Telefone: (91) 981418354

E-mail: mholanda80@gmail.com



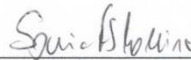
PESQUISADOR ASSISTENTE: RAFAEL DOS SANTOS DIAS

CPF/RG: 83538100268/6648807

Endereço: Conjunto Pedro Teixeira II, Rua B, 120

Telefone: (91) 981324339

E-mail: rafa.santos.dias@gmail.com



Dra. Sônia F. S. Moreira
Ginecologia / Obstetrícia
CRM - PA 4000

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: SÔNIA FÁTIMA DA SILVA MOREIRA



CPF/RG: 149129612-72/1808551

Endereço: Tv. Curuzu, 1872, 902

Telefone: (91) 99114-9180

E-mail: sfsm@ufpa.br

ANEXO D - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA	
	GERÊNCIA DE PESQUISA	

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado “**Perfil Clínico-Epidemiológico das Gestantes com Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) Atendidas em uma Maternidade Pública Referência na Amazônia**” foi aceito por esta Instituição, para ser realizado no setor do **GAME**.

As atividades de pesquisa desenvolvidas serão por meio de Prontuários Físicos e Eletrônicos.

A coleta de dados será realizada durante o período de **Novembro de 2021 a Janeiro de 2022**, pela Pesquisadora Responsável/Orientadora: **Prof.^a Dra. Sônia Fátima da Silva Moreira** e Pesquisadores Assistentes: **Michel Frank da Cunha Holanda e Rafael dos Santos Dias**, tendo como Responsável Institucional: **Michel Frank da Cunha Holanda**, Matrícula da SEAD: **57204704-1**.

OBS: Este projeto necessita de aprovação do Comitê de Ética da Fundação Santa Casa para que seja iniciada a coleta de dados.
(Conforme Resolução nº 466/2012 Conselho Nacional de Saúde)

- (X) FSCMP Participante
 () FSCMP Co-Participante

Belém, 05 de Outubro de 2021.

Silvia Ferreira Nunes
 Gerente de Pesquisa
 Mat.80845328
 FSCMP



Dra. Silvia Ferreira Nunes
 Gerência de Pesquisa/ FSCMP

* Esta carta tem validade de 6 (seis) meses para ser submetida ao CEP-FSCMP

MISSÃO da FSCMP: "Cuidar da saúde das pessoas gerando conhecimento".

ANEXO E – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP/ICS

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG) ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA

Pesquisador: SONIA FATIMA DA SILVA MOREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50973721.1.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.157.692

Apresentação do Projeto:

A Síndrome Hipertensiva da Gravidez compreende um grupo de complicações que afeta entre 5 a 10% das gestantes em todo o mundo. É uma importante causa de mortalidade materna e/ou fetal. Ocorre principalmente em primíparas. A pré-eclâmpsia é a principal forma de SHEG. As principais complicações maternas são acidentes vasculares encefálicos, edema agudo de pulmão, disfunções neurológicas, injúria hepática e coagulação intravascular disseminada, podendo resultar na morte materna. Para os fetos e neonatos, as principais complicações são crescimento intrauterino restrito, fetos pequenos para a idade gestacional, prematuridade e morte. Nesse sentido, é importante conhecer o perfil das gestantes com SHEG, de modo a identificar fatores que possam ser modificáveis e reduzir a mortalidade materno-fetal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estabelecer o perfil das gestantes com Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação (SHEG) atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará atendidas no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 5.157.692

Descrever o perfil sociodemográfico das gestantes com SHEG; Descrever o perfil clínico das gestantes com SHEG; Identificar as formas de SHEG mais frequentes; Identificar as principais manifestações apresentadas pelas gestantes com SHEG; Identificar possíveis fatores de risco para a doença.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Ainda que aos pesquisadores não se tenha observado riscos na manipulação dos dados dos pacientes, garantir-se-á absoluto sigilo e fidedignidade a estes, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) pelos responsáveis, bem como armazenamento em pastas com senhas usadas unicamente pelos pesquisadores, a fim de minimizar a possibilidade de perdas daqueles, além da identificação numérica

dos prontuários envolvidos, sem nomes dos pacientes em estudo. A partir do método utilizado, os pesquisadores correm o risco de sofrer ações judiciais por parte de paciente devido algum tipo de constrangimento em relação ao vazamento de informações do prontuário, porém enfatizamos que o interesse com os prontuários é meramente profissional e que nos comprometemos em manter a confidencialidade dos dados por meio da assinatura de um TCUD. Há ainda o risco de dano físico não intencional a algum prontuário quando de sua manipulação, o que será minimizado pelo absoluto cuidado no seu manuseio.

Benefícios:

Como benefícios, a pesquisa viabilizará a criação de um banco de dados referente às pacientes grávidas que desenvolveram SHEG e/ou suas complicações, o que poderá auxiliar na identificação precoce destas circunstâncias e, assim, contribuir para a tomada de conduta e acompanhamento clínico. Para os pesquisadores, os benefícios da pesquisa serão de natureza técnica, pois trará um comparativo da realidade local em relação à literatura mundial, uma vez que existem poucos trabalhos regionais nesse sentido, podendo, com isso, dar subsídios para a melhoria das condutas realizadas, assim como implantação de protocolos ou medidas hospitalares, além de ser um estímulo à produção científica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS. Trata ainda em resolver pendências citadas no parecer nº5.013.747, que depois de ser analisado por este colegiado entende-se como resolvidas as pendências citadas no parecer.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 5.157.692

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados, nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1804928.pdf	20/11/2021 10:58:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	20/11/2021 10:58:17	Rafael dos Santos Dias	Aceito
Outros	ANEXO_D_TERMO_DE_ANUENCIA_INSTITUCIONAL.pdf	17/11/2021 16:43:37	Rafael dos Santos Dias	Aceito
Outros	APENDICE_C_TERMO_DE_ACEITE_ORIENTADOR.pdf	17/11/2021 16:42:52	Rafael dos Santos Dias	Aceito
Outros	ANEXO_B_TCUD.pdf	17/11/2021 16:42:05	Rafael dos Santos Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO_A_SOLICITACAO_DISPENSA_TCLE.pdf	17/11/2021 16:41:27	Rafael dos Santos Dias	Aceito
Outros	ANEXO_C_DECLARACAO_ISENCAO_CONSUL_TURISTICO_FINANCEIRO.pdf	17/11/2021 16:40:52	Rafael dos Santos Dias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	APENDICE_J_TERMO_DE_COMPROMISSO DO ORIENTADOR.pdf	17/11/2021 16:39:01	Rafael dos Santos Dias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	APENDICE_K_TERMO_DE_COMPROMISSO PESQUISADORES.pdf	17/11/2021 16:37:44	Rafael dos Santos Dias	Aceito
Outros	APENDICE_I_CARTA_ENCAMINHAMENTO CEP FSCMPA.pdf	17/11/2021 16:35:19	Rafael dos Santos Dias	Aceito
Outros	APENDICE_H_CARTA_ENCAMINHAMENTO CEP ICS UFPA.pdf	17/11/2021 16:33:25	Rafael dos Santos Dias	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	17/11/2021 16:31:09	Rafael dos Santos Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSA_TCLE.pdf	20/10/2021 22:27:26	Rafael dos Santos Dias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_PESQUISADORES.pdf	20/10/2021 22:24:51	Rafael dos Santos Dias	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 5.157.692

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

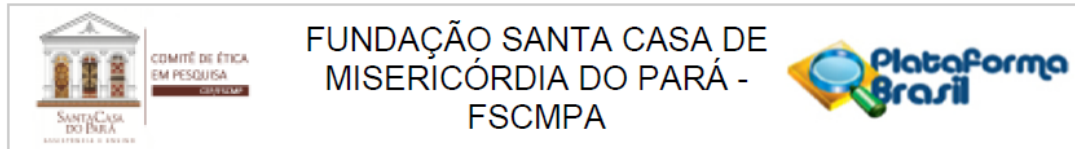
BELEM, 09 de Dezembro de 2021

Assinado por:

Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

ANEXO F – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP/FSCMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG) ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA

Pesquisador: SONIA FATIMA DA SILVA MOREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50973721.1.3001.5171

Instituição Proponente: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.276.278

Apresentação do Projeto:

PROJETO DE PESQUISA DE TCC DE MEDICINA DA UFPA.

Será realizado um estudo clínico, observacional, retrospectivo, analítico-descritivo por meio da análise dos dados de prontuários médicos físicos e eletrônicos. Serão coletadas informações dos prontuários de pacientes do gênero feminino, grávidas, com história de SHEG (CID 10 – O16) durante a gravidez e que foram atendidas na FSCMPA no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2021.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Estabelecer o perfil das gestantes com Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação (SHEG) atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará atendidas no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2021.

Objetivos específicos:

- o Descrever o perfil sociodemográfico das gestantes com SHEG;
- o Descrever o perfil clínico das gestantes com SHEG;
- o Identificar as formas de SHEG mais frequentes;
- o Identificar as principais manifestações apresentadas pelas gestantes com SHEG;
- o Identificar possíveis fatores de risco para a doença.

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

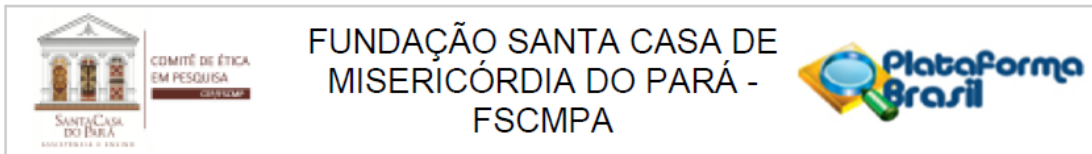
CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br



Continuação do Parecer: 5.276.278

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A partir do método utilizado, os pesquisadores correm o risco de sofrer ações judiciais por parte de paciente devido algum tipo de constrangimento em relação ao vazamento de informações do prontuário, porém enfatizamos que o interesse com os prontuários é meramente profissional e que nos comprometeremos em manter a confidencialidade dos dados por meio da assinatura de um TCUD. Há ainda o risco de dano físico não intencional a algum prontuário quando de sua manipulação, o que será minimizado pelo absoluto cuidado no seu manuseio.

Como benefícios, a pesquisa viabilizará a criação de um banco de dados referente às pacientes grávidas que desenvolveram SHEG e/ou suas complicações, o que poderá auxiliar na identificação precoce destas circunstâncias e, assim, contribuir para a tomada de conduta e acompanhamento clínico. Para os pesquisadores, os benefícios da pesquisa serão de natureza técnica, pois trará um comparativo da realidade local em relação à literatura mundial, uma vez que existem poucos trabalhos regionais nesse sentido, podendo, com isso, dar subsídios para a melhoria das condutas realizadas, assim como implantação de protocolos ou medidas hospitalares, além de ser um estímulo à produção científica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

PESQUISAS QUE ABORDEM O REFERIDO TEMA SÃO SEMPRE ATUAIS E PERTINENTES.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FORAM APRESENTADOS CONFORME RES. CNS 466/12.

Recomendações:

AS RECOMENDAÇÕES SOLICITADAS EM PARACER ANTERIOR FORAM SEGUIDAS.
SEM MAIS PENDÊNCIAS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PROJETO DE PESQUISA APROVADO SOB O PONTO DE VISTA ÉTICO.

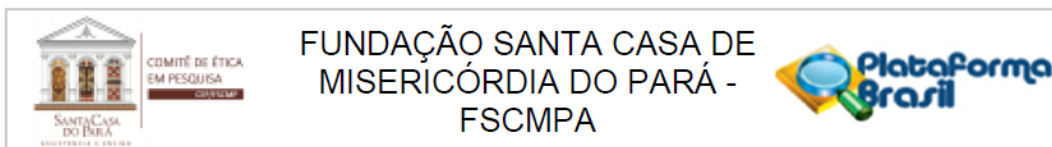
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado após reunião do colegiado.

Conforme Resolução CNS 580/18, dentre outros:

- Os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde;

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040
Bairro: Umarizal **CEP:** 66.050-380
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)4009-2264 **E-mail:** cep@santacasa.pa.gov.br



Continuação do Parecer: 5.276.278

- É dever do pesquisador divulgar os resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo.

Conforme Resolução CNS 466/12, Capítulo XI, cabe ao Pesquisador Responsável, dentre outros:

- Aguardar a decisão de aprovação ética antes de iniciar a pesquisa;
- Desenvolver o projeto conforme delineado;
- Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;
- Elaborar e apresentar os relatórios parciais e final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1874628.pdf	08/02/2022 19:12:55		Aceito
Outros	CARTEATENDIMENTOASPENDENCIAS.doc	08/02/2022 18:32:22	SONIA FATIMA DA SILVA MOREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoatualizado.pdf	08/02/2022 10:08:06	SONIA FATIMA DA SILVA MOREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	20/11/2021 10:58:17	Rafael dos Santos Dias	Aceito
Outros	ANEXO_D_TERMO_DE_ANUENCIA_INSTITUCIONAL.pdf	17/11/2021 16:43:37	Rafael dos Santos Dias	Aceito
Outros	APENDICE_C_TERMO_DE_ACEITE_ORIENTADOR.pdf	17/11/2021 16:42:52	Rafael dos Santos Dias	Aceito
Outros	ANEXO_B_TCUD.pdf	17/11/2021 16:42:05	Rafael dos Santos Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	ANEXO_A_SOLICITACAO_DISPENSA_TCLE.pdf	17/11/2021 16:41:27	Rafael dos Santos Dias	Aceito

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

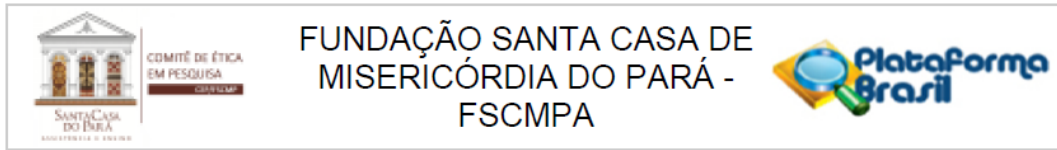
CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br



Continuação do Parecer: 5.276.278

Justificativa de Ausência	ANEXO_A_SOLICITACAO_DISPENSA_TCLE.pdf	17/11/2021 16:41:27	Rafael dos Santos Dias	Aceito
Outros	ANEXO_C_DECLARACAO_ISENCAO_ONUS_FINANCEIRO.pdf	17/11/2021 16:40:52	Rafael dos Santos Dias	Aceito
Outros	APENDICE_I_CARTA_ENCAMINHAMENTO_CEP_FSCMPA.pdf	17/11/2021 16:35:19	Rafael dos Santos Dias	Aceito
Outros	APENDICE_H_CARTA_ENCAMINHAMENTO_CEP_ICS_UFPA.pdf	17/11/2021 16:33:25	Rafael dos Santos Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSA_TCLE.pdf	20/10/2021 22:27:26	Rafael dos Santos Dias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 07 de Março de 2022

Assinado por:
EDNA SUELY FERREIRA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040
Bairro: Umarizal CEP: 66.050-380
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)4009-2264 E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br