

AVALIAÇÃO DO PERFI DAS GESTANTES COM DESCOMPENSAÇÃO PRESSÓRICA NO MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA-PE

EVALUATION OF THE PROFILE OF PREGNANT WOMEN WITH PRESSURE DECOMPENSATION IN THE MUNICIPALITY OF SERRA TALHADA-PE

Gicélia Antas Madeiro¹; Profº. Me. Hudson Fáblio Ferraz Feitoza ¹

¹Faculdade de Integração do Sertão – FIS, Serra Talhada-PE, Brasil.

Resumo

As principais razões que levam a morte materna e perinatal são as doenças hipertensivas gestacionais e grande parte desses casos podem ser evitados com o acompanhamento cauteloso, diagnóstico e o tratamento estabelecido precocemente. Este estudo tem como objetivo de avaliar o perfil de gestantes com descompensação dos níveis pressóricos em Unidade Básica de Saúde e em um hospital público do município de Serra Talhada-PE. Incluindo gestantes que estão realizando acompanhamento no pré-natal de alto risco com diagnóstico médico de hipertensão gestacional. Para isso, neste trabalho foi realizada uma pesquisa com uma amostra de 25 gestantes entrevistadas na faixa etária entre 18 e 50 anos. Em relação aos possíveis fatores associados à hipertensão arterial na gestação, houve um predomínio de mulheres em idade fértil entre 18 e 34 anos, não se enquadrando na faixa etária considerada de risco, com nível de escolaridade insatisfatório, economicamente inativas, de cor parda, em união estável. Destaca-se a elevada prevalência de antecedentes pessoais e familiar de hipertensão e excesso de peso materno. Esses são aspectos que podem influenciar de forma negativa na gestação contribuindo para um resultado desfavorável. A importância do acompanhamento no pré-natal segue sendo uma das medidas na prevenção e no cuidado da saúde materna e fetal colaborando para a diminuição das ocorrências de mortalidade do binômio mãe-feto, visto que a Síndrome Hipertensiva Gestacional até então é vista como um grave distúrbio durante o período gravídico-puerperal, sendo de alto risco de mortalidade materna e perinatal representando grandes índices de incidência e prevalência.

Palavras-passe: Hipertensão induzida pela gravidez; Gravidez de alto risco; Assistência pré-natal.

Abstract

The main reasons that lead to maternal and perinatal death are gestational hypertensive diseases and most of these cases can be avoided with careful monitoring, early diagnosis and treatment. This study aims to evaluate the profile of pregnant women with decompensated blood pressure in a Basic Health Unit and in a public hospital in the city of Serra Talhada-PE. Including pregnant women who are undergoing high-risk prenatal care with a medical diagnosis of gestational hypertension. For that, in this work a research will be carried out with a sample of 25 pregnant women interviewed in the age group between 18 and 55 years old. Regarding possible factors associated with hypertension during pregnancy, there was a predominance of women of childbearing age between 18 and 34 years old, not falling into the age group considered at risk, with unsatisfactory education level, economically inactive, of brown color, in stable union. The high prevalence of personal and family history of hypertension and maternal overweight is highlighted. these are aspects that can negatively influence pregnancy, contributing to an unfavorable outcome. Prenatal monitoring remains one of the important measures in the prevention and health care of the bionym (mother-fetus), contributing to the reduction of cases of fetal maternal mortality, since SHEG is still considered an important complication during the period pregnancy-puerperal period, with a high risk of maternal and perinatal mortality, representing high rates of incidence and prevalence.

Keywords: Pregnancy-induced hypertension; High-risk pregnancy; Prenatal care.

Introdução

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020), conceituam a hipertensão arterial (HA) como uma doença crônica não transmissível (DCNT) determinada por elevações pressóricas, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ ou medicamentoso) excedem os riscos. Refere-se de uma circunstância multifatorial, que carece de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais, descrita por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e /ou PA diastólica (PDA) maior ou igual a 90 mmHg, aferida com a técnica correta, em pelo menos dois momentos distintos, na não existência de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2020).

De acordo com a primeira análise global em pesquisa liderada pelo Imperial College London e Organização Mundial de Saúde (OMS), nos últimos 20 anos o número de adultos entre 30 e 79 anos com hipertensão arterial cresceu de 650 milhões para 1,28 bilhões e praticamente metade dessas pessoas não sabiam que possuíam a condição, comumente conhecida como pressão alta (ZHOU, et.al., 2021). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), no Brasil é crescente o número de pessoas com 18 anos ou mais sofrendo de hipertensão arterial, cerca de 38,1 milhões de brasileiros apresentam esta patologia.

De acordo com Sousa et al., (2020) está classificada como primária ou essencial quando é de origem idiopática e secundária quando suas origens derivam de outras causas como obesidade, dislipidemia e diabetes. Mas, em ambos os casos necessitam de controle e acompanhamento que podem ser através de medicamentos laboratoriais ou até mesmo cirúrgicos. Ainda conforme o autor dentre os principais fatores de risco para desenvolvimento dessa patologia que afeta milhares de pessoas ao redor do mundo estão o consumo excessivo de sódio, predisposição genética, sedentarismo, dieta alimentar rica em gorduras saturadas, obesidade, diabetes, uso frequente de álcool, tabagismo e até mesmo o modo de vida contemporâneo e o estresse por ele causado, fatores socioeconômicos, socioambientais e culturais.

Quando instalada na gestação, caracteriza a gravidez como sendo “de risco” e quando não tratadas de imediato, podem ocasionar a mortalidade materna e fetal, sendo assim exige ações de prevenção e diagnóstico precoce. A classificação do risco gestacional pode contribuir para o acesso igualitário ao atendimento especializado, pré-natal de alto risco, para aquelas que precisam (MARQUES, 2016).

No mundo, a Síndrome Hipertensiva Gestacional é uma das causas mais importantes de mortalidade materna fetal; nos países desenvolvidos essa ocorrência varia entre 2 a 8% das gestações, enquanto no Brasil atinge cerca de 10% das grávidas, indicando o primeiro motivo de morbimortalidade materna fetal (BACELAR, et al.,2017)

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), é a principal responsável pelos nascimentos de bebês prematuros. Nesse contexto, as desordens hipertensivas representam um dos mais importantes problemas clínicos da gestação. O diagnóstico da Hipertensão Gestacional consiste na elevação dos níveis pressóricos $PAS \geq 140$ mmHg e/ou $PAD \geq 90$ mmHg, medidas em duas ocasiões com, pelo menos, 4 horas de intervalo sem presença de proteinúria, e que aparecem após a 20ª semana da gestação com retorno aos níveis normais após a 12ª semana de puerpério (BRASIL,2019).

O MS classifica a Síndrome Hipertensiva Gestacional como: Hipertensão crônica (considerada antes da gravidez, ou antes da 20 semanas de gestação, ou diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e não se resolve até 12 semanas após o parto); Pré-eclâmpsia/eclâmpsia hipertensão que acontece após a 20 semanas de gestação(ou antes, em ocorrência de doença trofoblástica gestacional ou hidrôpsia fetal, seguida de proteinúria com desaparecimento até 12 semanas pós-parto); pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica(pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal), e Hipertensão gestacional (sem proteinúria) (Brasil, 2012).

Os fatores de risco para a hipertensão gestacional estão relacionados ao consumo excessivo de sódio, histórico familiar ou pessoal, diabetes, obesidade, hipotireoidismo, idade

materna, sedentarismo e presença de comorbidades crônicas. Por causa dos mecanismos fisiopatológicos que afetam a gravidez, o diagnóstico de hipertensão gestacional anterior ou ajustado até a 20ª semana reflete no perfil do parecer materno fetal (BROWN, et al., 2018). Dessa maneira, em situações da hipertensão avançada, observam-se desordens como o aborto espontâneo, parto prematuro, restrição do crescimento fetal, descolamento prematuro da placenta, sofrimento fetal e doenças em órgãos vitais pós-parto (SOUSA et al., 2020).

Diante dessa alteração, faz-se necessário um pré-natal de qualidade em que todos os níveis de atenção: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, buscando assegurar a evolução normal da gestação. A gestante, quando diagnosticada com a síndrome, deverá ser encaminhada para o pré-natal de alto risco, todavia, continuará sendo assistida pela equipe primária, na qual o enfermeiro assume o papel fundamental de esquematizar uma assistência adequada a fim de reduzir os riscos e as complicações dessa gestante, evitando, dessa forma, uma possível pré-eclâmpsia ou, até mesmo, uma eclâmpsia (SANTOS et al., 2020).

Considerando a seriedade e a incidência da Síndrome Hipertensiva Gestacional o atual estudo teve como objetivo avaliar o perfil das gestantes com descompensação dos níveis pressóricos nas Unidades Básicas de Saúde e no setor de obstetrícia do Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães- HOSPAM no município de Serra Talhada-PE no ano de 2021, visando identificar os fatores de riscos que predisõem o aparecimento da doença e suas complicações, descrevendo o perfil socioeconômico, demográfico, clínico e obstétrico das gestantes que desenvolveram a síndrome hipertensiva. Esta pesquisa colabora para melhorar o conhecimento da assistência em saúde às gestantes, possibilitando engrandecer o conhecimento, buscando sempre resultados que possam ajudar a melhorar a qualidade de vida e o cuidado em saúde da população assistida.

Metodologia

Para o alcance do objetivo deste trabalho foi realizado um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, efetuado no município de Serra Talhada no sertão pernambucano, especificamente, nas Unidades Básicas de Saúde e no Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães- HOSPAM, no setor de obstetrícia, onde são realizadas consultas com médico obstetra no pré-natal de alto risco. Atualmente o município de Serra Talhada conta com 23 Unidades Básicas de Saúde.

A população desta pesquisa foram mulheres com hipertensão na gravidez e que estão realizando acompanhamento no pré-natal de alto risco. Assim, das 108 gestantes hipertensas que estavam realizando pré-natal de alto risco no município, foi escolhido uma amostra composta por 25 gestantes hipertensas, na idade entre 18 a 50 anos e que concordaram em participar da pesquisa, que não tem fins lucrativos, sendo assim, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que se encontra disponível no (Anexo B) e se submeteram a responderem o questionário (Apêndice A). Foram eliminadas as gestantes que não estão na faixa etária estabelecida pelo pesquisador, as hospitalizadas e sem condições físicas e psíquicas de diálogo, como também as que, na etapa final do estudo, não responderam a entrevista por completo ou por outro motivo desistiram da sua colaboração. Na oportunidade, não houve exclusão do processo de amostra.

No presente estudo determinam-se como variáveis: Para as gestantes: dados sobre o perfil social: a idade, a escolaridade, o estado civil, antecedentes obstétricos, antecedentes clínicos e obstétricos, dados sobre a gestação e as condições da sua gestação atual.

Os dados foram coletados através de um questionário/entrevista (Apêndice A), contendo questões objetivas, divididas em quatro partes, elaboradas e preenchidas pelo próprio pesquisador e não pelo entrevistado. Foi apresentado o projeto ao gestor Secretária de saúde do município, como também do Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães.

Após a autorização da pesquisa, foi iniciado com assinatura do TCLE das pesquisadas e aplicado o questionário. Os dados foram consolidados e análise dos resultados será redigida

para as usuárias das Unidades Básicas de Saúde e Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães do município por meio de palestra.

As informações foram examinadas e interpretadas. O estudo quantitativo foi expresso a partir dos cálculos e as informações transformadas em tabelas, com o auxílio do programa Microsoft Office Excel2010. Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o pesquisador comprometeu-se a obedecer aos aspectos éticos legais de acordo com as Resoluções N°466/2012 e 510/2016 do Conselho Regional Saúde que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. O projeto foi encaminhado a aprovado pelo comitê de ética em Pesquisa da Faculdade de Integração do Sertão – FIS, número CAAE: 08109819.0.0000.8267 e parecer: 3.312.040, somente após aprovação do comitê procedeu-se a coleta de dados.

Resultados e Discussões

O estudo abordou questões relacionadas às condições socioeconômicas, demográficas, antecedentes clínicos e obstétricos e condições da gestação atual das gestantes hipertensas, analisando os fatores de risco que predispoem o surgimento da síndrome. Os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário no qual conseguimos alcançar os resultados que serão apresentados a seguir.

Nessa perspectiva, o MS recomenda que para implementar as atividades da atenção no ciclo gravídico puerperal, é necessário identificar os riscos aos quais cada gestante está exposta. Isso permitirá a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez e durante o trabalho de parto. É indispensável que essa avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça todas as vezes que a mulher procure o serviço de saúde (BRASIL, 2012).

As variáveis quantitativas foram analisadas e serão apresentadas conforme cada resultado obtido e estarão comparadas com literaturas atuais. A amostra foi composta por 25 gestantes hipertensas, que possuem idade entre 18 e 50 anos, considerando que estão em período fértil, usuárias da Unidade Básica de Saúde e do setor de Obstetrícia Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães-HOSPAM, no município de Serra Talhada-PE, onde realizam acompanhamento no pré-natal de alto risco.

Tabela 1 - Perfil das gestantes hipertensas acompanhadas no pré-natal de alto risco no Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães – HOSPAM, setor obstetrícia, Unidade Básica de Saúde, Serra Talhada – PE, 2021.

DADOS CLÍNICOS	N	n(%)
FAIXA ETÁRIA (ANOS)		
18-35	18	72
Maiores de 35	7	28
COR DA PELE		
Branca	8	32
Negra	3	12
Parda	14	56
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Casada	8	32
Solteira	5	20
União estável	12	48
Viúva	0	
CASA PRÓPRIA		
Sim	16	36
Não	9	64
RESIDEM NA MESMA CASA		
1-5 pessoas	18	72
Mais de 6 pessoas	6	24
Mora sozinha	0	

DADOS CLÍNICOS	N	n(%)
CONDIÇÃO OCUPACIONAL (EMPREGADA)		
Sim	6	24
Não	19	76
RENDA FAMILIAR, SALÁRIOS MÍNIMOS*		
Menos de 1 salário mínimo	17	68
1 a 3 salários mínimos	8	32
Acima de 4 salários mínimos	0	
Não responderam	0	
NÍVEL DE ESCOLARIDADE		
Fundamental incompleto	3	12
Fundamental completo	4	16
Médio incompleto	8	32
Médio completo	6	24
Superior incompleto	1	4
Superior completo	3	12
Pós-graduação	1	4

Dados da pesquisa: - *O salário mínimo no momento da pesquisa era de R\$ 1.100,00

Destas gestantes, foi observado que 72% situaram entre 18 e 35 anos; 28% maiores de 35 anos. A média de idade foi de 26,5 anos. Assim, a idade, aparentemente, não foi um fator determinante para o risco gestacional desse estudo. Segundo o MS, o perfil epidemiológico de gestantes consideradas como sendo de alto risco gestacional associada às síndromes hipertensivas, de um modo geral, é constatado nas gestações ocorridas na fase adolescente, menor que 15 anos, bem como para mulheres com idade acima de 35 anos (Brasil, 2012).

Considerando fator de raça/cor 56% das mulheres se autodeclararam de cor parda e 32%, branca. Estes resultados não estão de acordo com a literatura que indica que a raça negra apresenta agente de risco para síndromes hipertensivas em gestantes e, em consequência, acréscimo da incidência de pré-eclâmpsia. (KERBER et al., 2017). Nesse estudo apenas 12% das gestantes com síndromes hipertensivas se autodeclararam negras. É importante ressaltar que tal característica pode estar relacionada aos perfis das gestantes e do local onde o estudo foi realizado.

Referente ao estado civil foi constatado que 48% viviam em união estável, 32% casadas, enquanto as solteiras eram menores de idade proporção 20%, sendo esta variável não considerada fator de risco nesse estudo. De acordo com Souza et al., (2020), algumas mulheres optam por engravidar dentro de uma união mais estável, haja vista que a solidez contribui para o desenvolvimento da gestação, do estado emocional e financeiro, todavia o fato das mulheres serem casadas não impossibilita que elas desenvolvam a síndrome hipertensiva na gestação.

Para Souza et al., (2013), as mulheres que contam com o apoio do companheiro durante a gestação vivem este período com mais tranquilidade, mesmo se tratando de uma gestação de risco, colaborando naturalmente para o bom progresso da gravidez e no prosseguimento das instruções.

Do total, 72% das gestantes residiam com uma a cinco pessoas, e 24% moravam com mais de seis pessoas. Estudo realizado por Oliveira et al., (2013), em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, evidenciou que o acrescentamento da quantidade de companhias domiciliares é equivalente ao risco gestacional. Ocasionalmente na gestante tensão, complicações na gravidez, desconforto, mais gastos financeiros e conflitos familiares.

Neste estudo, apenas 24% das gestantes trabalhavam fora de casa, enquanto 76% não possuíam vínculo empregatício. A literatura aponta o desemprego como fator de risco na gestação. Isso porque a difícil inserção no mercado de trabalho aumenta o estresse emocional, contribuindo para o desenvolvimento da síndrome (MOURA et al., 2010).

Quanto à renda familiar, 68% recebiam menos de um salário mínimo, 32% de um a três salários. Em análise geral, pode-se concluir que o nível socioeconômico das pesquisadas foi, em média, insatisfatório. Refletindo esses dados anteriores na aquisição da casa própria, apenas

36% residem em domicílio próprio, enquanto 64% das gestantes hipertensas ainda não possuem moradia própria. O estudo comprova pesquisa realizada com gestantes de alto risco, que afirmam que a renda familiar instável pode elevar o risco na gestação, uma vez que esses casos estão geralmente relacionados ao maior estresse e as condições nutricionais deficientes e obstétricas (OLIVEIRA; GRACILIANO, 2013).

Quanto à escolaridade, observamos que 32% das mulheres relataram ter ensino médio incompleto, 24% afirmaram ter ensino médio completo, 16% informam ter ensino fundamental completo, 12% fundamental incompleto e foi observado que 12% possuem ensino superior e 1% superior incompleto. Esses dados condizem com afirmação do Ministério da Saúde que considera, a baixa escolaridade em gestantes como fator de risco para as complicações decorrentes das Síndromes Hipertensivas Gestacional, pois influi ao menor alcance ao conhecimento e ao restrito domínio da relevância dos cuidados com a saúde, devolvendo desfavoravelmente na assistência pré-natal (BRASIL, 2012).

Tabela 2 – Antecedentes Clínicos das gestantes hipertensas acompanhadas no pré-natal de alto risco no Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães – HOSPAM, setor obstetrícia, e na Unidade Básica de Saúde, Serra Talhada – PE, 2021.

DADOS CLÍNICOS	N	A(%)
Hipertensão antes da gravidez		
Sim	14	56
Não	11	44
Semanas de gravidez na qual a hipertensão foi diagnosticada		
Até 20ª semanas	03	12
Após 20ª semanas	08	32
Eram hipertensas	14	56
Para as hipertensas, tiveram hipertensão em outras gestações		
Sim	10	40
Não	15	60
Ao identificar a hipertensão, foi medicada		
Sim	25	100
Não	0	0
Ainda faz tratamento para hipertensão		
Sim	25	100
Não	0	0
Antecedentes familiar de hipertensão		
Sim	20	80
Não	05	20
Antecedente familiar de diabetes		
Sim	12	48
Não	13	52
Consumo de bebida alcoólica		
Sim	00	00
Não	25	100
Tabagismo		
Sim	00	00
Não	25	100
Diabetes		
Sim	02	08
Não	23	92
Hipertensão crônica		
Sim	14	56
Não	11	44
Dificuldade de engravidar		
Sim	+01	04
Não	24	96
Cardiopatía		
Sim	01	04
Não	24	96
Tromboembolismo		

DADOS CLÍNICOS	N	A(%)
Sim	01	04
Não	24	96
Obesidade		
Sim	07	28
Não	18	72
Outros		

No que diz respeito à idade gestacional é habitual que o diagnóstico da hipertensão ocorra a partir da 20ª semana fato este que particulariza a Síndrome Hipertensiva Gestacional (SOUZA et al., 2020). Situação esta observada na presente pesquisa (32%) das gestantes. Em 12% das grávidas a hipertensão arterial aconteceu com até 20 semanas de gravidez. Importante salientar que 56% responderam que ficaram grávidas já hipertensas, ou seja, a maioria das gestantes já apresentava hipertensão, o que realçou a importância do pré-natal iniciar-se precocemente. E 40% apresentaram hipertensão em gestação anterior.

A hipertensão arterial crônica (HAC), por sua vez, ocorreu em 56% das mulheres avaliadas. Indo de acordo com o estudo de Lima et al., (2018) onde foi identificado 60,0% de gestantes com HAC. Tais achados comprovam a forte influência do fator de risco no desfecho.

Os resultados mostram a hipertensão arterial crônica como importante fator para desenvolvimento das síndromes hipertensivas. Quando complicada, pode gerar alterações cardíacas e/ou renais e evoluir para pré-eclâmpsia, em alguns casos, pode haver a necessidade de interrupção da gestação antes da maturidade fetal (BRASIL, 2012).

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020), declara que a hipertensão crônica ocorre em 0,9-1,5% das grávidas mundialmente. Tais síndromes são motivos relacionados com mortes maternos e perinatal, sendo capaz de provocar problemas permanentes à saúde materna e distúrbios consideráveis resultantes de prematuridades relacionadas às indicações antecipadas de interferência (BRASIL, 2020).

Quanto ao tratamento medicamentoso 100% das gestantes estavam em uso de hipertensivos para o controle da PA, que consiste na redução da pressão sanguínea materna e aumento do fluxo sanguíneo placentário. Segundo o manual técnico da gestação de alto risco do MS, a metildopa é o medicamento mais usado para o tratamento da síndrome hipertensiva gestacional, age promovendo o relaxamento do músculo liso das arteríolas periféricas e a redução da resistência vascular, contudo pode provocar sonolência (BRASIL 2012). Todas as participantes desta pesquisa estavam em uso de Metildopa.

De acordo com As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020), a preferência da droga anti-hipertensiva depende do conhecimento do médico acompanhante, da experiência com o medicamento priorizado e dos efeitos colaterais. A finalidade é precaver o avanço de lesão do órgão-alvo, distúrbios cardíacos e cerebrovasculares, além dos problemas obstétricos e fetais (BRASIL, 2020).

Quanto ao histórico familiar, observa-se a prevalência da hipertensão 80% e diabetes 48%. Concordando com estudo realizado na cidade de São Paulo por Souza et al., (2020), sobre a epidemiologia da hipertensão em gestantes reconheceram histórico familiar para hipertensão (78,1%) e diabetes (50%). Outra pesquisa executada no Instituto da mulher em Francisco Beltrão no estado do Paraná por Costa et al., (2016), presenciaram histórico familiar para hipertensão (63,9%) e para diabetes (34,4%) em gestante de alto risco.

O aparecimento de um ou mais fatores de risco ampliam as possibilidades de problema gestacional, como doenças hipertensivas e a natividade de pré-termos. (MOURA et al., 2010; RODRIGUES et al., 2017).

Os dados relacionados ao etilismo e tabagismo não foram constatados nesse estudo. A amostra estudada demonstrava ter ciência dos riscos que corriam quanto ao uso de tais substâncias.

Em relação ao estado nutricional, antes da gestação, 28% das gestantes relataram apresentar obesidade. Os problemas resultantes do excesso de peso na gestação têm ligação

com o estado nutricional inicial da gestante, isto é, a mulher que inicia a gestação com sobrepeso/obesidade tem a tendência de ganhar peso exageradamente no decorrer do segundo e terceiro trimestre. (CARVALHÃES et al. , 2013).

Conforme a literatura, gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional possuem comorbidades prévias apontadas como fatores de risco para a doença estudada, como diabetes mellitus pré-gestacional. No entanto, a pesquisa mostrou que apenas 8% possuíam diagnóstico para esta comorbidade.

No decorrer da gestação, a possibilidade de tromboembolismo venoso amplia de cinco a dez vezes, podendo chegar a 20 vezes no pós-parto, quando confrontado ao de mulheres não gestantes de mesmo tempo (OLIVEIRA et al., 2016). No presente estudo, 4% das gestantes referiram história de tromboembolismo.

Quando questionadas se há presença de outros sinais e sintomas, a maioria das gestantes apresentaram queixas relacionadas a cefaleia, aumento da PA, edema nos membros inferiores e tontura. É indispensável que os profissionais de saúde estejam atentos as queixas e aos relatos apresentados pelas gestantes.

Tabela 3 -Antecedentes obstétricos das gestantes hipertensas acompanhadas no pré-natal de alto risco no Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães – HOSPAM, setor obstetrícia, Unidade Básica de Saúde, Serra Talhada – PE, 2021.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	N	a(%)
Abortos		
Sim	08	32
Não	17	68
Cesáreas		
Sim	16	64
Não	09	36
Parto Normal		
Sim	08	32
Não	17	68

Referente aos antecedentes obstétricos, observa-se a prevalência pela via de parto predominante parto cesáreo 64%. Parto normal ocorreu em 32% dos casos.

Em estudo conduzido em Campina Grande-PB, cerca de 68,6% das resoluções do parto foram por cesárea e 31,4% por via vaginal, confirmando a pesquisa (LINHARES, 2014).

De acordo com Brito et al., (2015), a Síndrome Hipertensiva Gestacional tem sido associada com o aumento do número de parto cesáreo, a justificativa é devido a síndrome apresentar complicações materno fetal, que na maioria dos casos só resolvem com a interrupção da gravidez. No entanto MS, recomenda o parto vaginal para a gestação de risco, salienta ainda que a gravidez de risco não é sinônimo de parto cirúrgico, em algumas situações é possível a indução do parto por via vaginal ou aguardar seu início espontâneo (BRASIL, 2012).

Tabela 4 - Dados relacionados as condições da gestação atual das gestantes hipertensas acompanhadas no pré-natal de alto risco no Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães – HOSPAM, setor obstetrícia, Unidade Básica de Saúde, Serra Talhada – PE, 2021.

VARIÁVEIS	Nº	%
Tipo de gravidez		
Única	25	100
Gemelar	00	
Tripla ou mais	00	
Estado Nutricional		
Baixo peso	00	
Peso adequado	04	16
Sobrepeso	14	56
Obesa	07	28
Sífilis		
Sim	00	
Não	25	100

VARIÁVEIS	Nº	%
Infecção urinária		
Sim	07	28
Não	18	72
Cardiopatia		
Sim	01	4
Não	24	96
Diabetes gestacional		
Sim	03	12
Não	22	88
Anemia		
Sim	02	8
Não	23	92
Ameaça de parto prematuro		
Sim	05	20
Não	20	80
Oligo ou polidranmio		
Sim	00	
Não	25	100
Ruptura premat. da membrana		
Sim	00	
Não	25	100
Cresc. Intrauterino retardardado		
Sim	01	4
Não	24	96
Hemorragia		
Sim	04	16
Não	21	84
Gestação planejada		
Sim	09	36
Não	16	64

Com associação aos dados relacionados as condições da gestação atual, observou-se que 100% das entrevistadas apresentou gestação única. Divergindo da literatura atual que relata que a gestação gemelar configura-se como fator de risco para o desenvolvimento da síndrome hipertensiva, pois se encaminha para o acréscimo da massa trofoblástica, que é tida como motivo importante para a manifestação da fisiopatologia (RESENDE, 2012).

Em relação ao estado nutricional durante a gestação, foi identificado um percentual maior de gestantes com sobrepeso 56%; obesidade 28%. Sendo que 16% apresentavam estado nutricional adequado.

Concordando com a pesquisa de Santos (2012), Barros (2013), no qual demonstra que gestantes que começam o pré-natal com sobrepeso ou obesidade apresentam possibilidade de até 17 vezes maiores de avançar para casos hipertensivos quando confrontadas com aquelas que possuem IMC normal, além da probabilidade de diabetes gestacional, complicações no trabalho de parto e retenção de peso pós-parto, necessitando ser preferência nas intervenções de promoção do ganho de peso adequado na gestação (SANTOS et al.,2012; BARROS et al., 2013).

Quanto a infecção do trato urinário (ITU) 28% apresentaram. De acordo com o MS, a ITU atinge 17 a 20% das gestantes. O acontecimento de ITU no transcorrer da gestação está relacionado ao rompimento de membranas ovulares, trabalho de parto prematuro, recém-nascidos com baixo peso, sepse materna e infecção neonatal. A investigação prévia e o tratamento adequado é importantíssimo durante a assistência pré-natal para a prevenção de problemas ligados (BRASIL,2012).

Nesse estudo, a anemia foi observada em 8% da amostra. 92% relataram não apresentar no momento da entrevista. A anemia na gravidez é capaz de afetar a saúde materno-fetal e está ligada à pré-eclâmpsia, comprometimento físico e mental materno, modificação cardiovasculares, limitação de crescimento fetal, prematuridade, comprometimento da

vitalidade fetal e aumento da morbimortalidade materna em razão da hemorragia pós-parto perinatal (TOWNSLEY,2013).

Na Síndrome Hipertensiva Gestacional, é notada a insuficiência uteroplacentária, com consequências importantes sobre o recém-nascido. Entre os problemas fetais, evidencia-se a prematuridade, crescimento restrito, ruptura prematura de membrana e alterações na quantidade de líquido amniótico (oligodrâmnio/polidrâmnio) (MORAIS,2013).

Neste estudo, não foram constatados casos de ruptura prematura da membrana e oligo ou polidrâmnio. Apenas 20% de ameaças de parto prematuro, sendo 16% casos de hemorragia de origem uterina e os 4% associados a pressão alta, nenhuma das outras complicações foram relatadas.

As síndromes hemorrágicas e as doenças hipertensivas são os principais motivos de admissão e permanência em hospitais entre gestantes. Ocorrem entre 10 a 15% das gestações, podem gerar distúrbios para mãe e feto de acordo com a idade gestacional e estão fortemente associados à prematuridade.

A OMS elencou, em 2011, as cinco principais complicações obstétricas potencialmente letais, dentre estas, destacam-se a hemorragia, a pré-eclâmpsia e eclâmpsia (FERREIRA et al., 2015).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, as gestantes com cardiopatias ligadas à Hipertensão Arterial Sistêmica são consideradas precursoras de problemas maternos, em especial naquelas gestantes que já manifestam cardiopatia, tornando-se indispensável um tratamento e uma assistência específica para se evitar que haja complicações cardíacas, em razão das alterações na pressão arterial (BRASIL, 2009).

Nesse estudo foi relatado 4% de gestantes com cardiopatia. Complicações provenientes da HAS gestacional tornam as gestantes exposta dispo de maiores chances de apresentar doenças cardiovasculares a médio e longo prazo (DI MANTINO, 2016; COFEN, 2018).

Em relação ao diabetes gestacional seu surgimento é mencionado como um importante fator de risco para a evolução de síndromes hipertensivas segundo Lima et al., (2018). Todavia, neste estudo, apenas 12% das gestantes foram identificadas com histórico de diabetes gestacional, que obteve influência mínima no desfecho.

Quanto ao planejamento da gestação, a maioria das mulheres declararam não ter planejado a gravidez (64%). Para Ferrão et al., (2006), a gravidez quando planejada proporciona o andamento mais equilibrado, mesmo nas ocorrências de gravidez de alto risco.

Conclusão

Este estudo analisou-se o perfil das mulheres com Síndromes Hipertensiva Gestacional atendidas nas Unidades Básicas de Saúde e no Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães- HOSPAM, no município de Serra Talhada, Pernambuco.

Percebe-se que são inúmeros os fatores de risco que acarretam complicações em uma gestação e que esses fatores são muitas vezes de fácil investigação e diagnóstico pela equipe de saúde.

Em relação aos possíveis fatores associados à hipertensão arterial na gestação, houve um predomínio de mulheres em idade fértil entre 18 e 34 anos, não se enquadrando na faixa etária considerada de risco, com nível de escolaridade insatisfatório, economicamente inativas, de cor parda, em união estável. Destaca-se a elevada prevalência de antecedentes pessoais e familiar de hipertensão e excesso de peso materno. são aspectos que podem influenciar de forma negativa na gestação contribuindo para um resultado desfavorável.

Perante o exposto sugere que os profissionais realizem educação em saúde com orientações sobre a alimentação saudável, adesão as práticas de atividades físicas, ressaltando seus benefícios como controle do ganho de peso e também a importância das consultas do pré-natal.

O conhecimento do perfil de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional é importante para que os profissionais que lidam especialmente no pré-natal, destinem

intervenções para o diagnóstico precoce e a prevenção das principais complicações que síndrome pode causar.

Referências

ACOG. **Gestational Hypertension and Preeclampsia** - Practice Bulletins of the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstetrics & Gynecology*, 2020;135(6):e237.

BACELAR, E. B., COSTA, C. O. M., GAMA, S. G. N., AMARAL, M. T. R. & ALMEIDA, A. H. V. (2017). Fatores associados à Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação em Puérperas adolescentes e adultas jovens da Região Nordeste do Brasil: análise Múltipla em modelos hierárquicos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 17 (4): 683-691.

BARROSO Weimar et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial** – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2021; 116(3):516-658. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/sbcdha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 11.08.2021

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mortalidade Materna no Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://www.portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/mortalidade-materna-no-brasil-boletim-epidemiologico-n-o-20-ms-maio-2020>>. Acesso de 01 de Abr. de 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília (DF); 2012. (Cadernos de atenção primária, n. 32).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília (DF); 2013. (Cadernos de atenção primária, n. 37)

CARVALHÃES MAB, GOMES CB, MALTA MB, Sobrepeso pré-gestacional associa-se a ganho ponderal excessivo na gestação. **Ver Bras Ginecol Obstet.** 2013;35(11):523-9.

FERRÃO, M. H. L ET al (2006). Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. **Rev Assoc Med Bras**, 52(6): 390-4. Disponível <https://www.scielo.br/j/ramb/a/K3zyqqcXKJbJqCkkrCLgKpH/abstract/?lang=pt>.

FERREIRA GR, PISSETTI CW, SILVA SR. **Perfil sociodemográfico de gestantes portadoras de pré-eclâmpsia: estudo caso-controle**. *Enferm Obstetr*[Internet]. 2015 [citado 2018 abr. 7]; 2 (1): 25-4. Disponível em: www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/download/24.

GESTACIONAL. **Rev Rene**, v. 19, e3455, p. 1–7, 2018. DOI: 10.15253/2175-6783.2018193455.

IBGE. **Pesquisa Nacional da Saúde**. Rio de Janeiro 2020. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acessado em 22.10.21

KERBER, G. d. F.; MELERE, C. Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. **Revista CUIDARTE**, Universidad de Santander - UDES, v. 8, n. 3, p. 1899–906, set. 2017. ISSN 2216-0973. DOI:10.15649/cuidarte.v8i3.454. Acesso em: 4 jun. 2018.

MARQUES, S.C.F. **A trajetória da gestante hipertensiva na rede pública de saúde do município do Rio de Janeiro, sob a ótica da usuária**. Dissertação. Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2016.

MORAIS FM et al. Uma revisão do perfil clínico-epidemiológico e das repercussões perinatais em portadoras de síndrome hipertensiva gestacional. **Rev Eixo** [Internet]. 2013 [citado 2018 abr. 23]; 2(1):69-82. Disponível em: <http://revistaeixo.ifb.edu.br/index.php/RevistaEixo/article/viewFile/103/51>

MOURA, E. R. F., Oliveira C. G. S., Damasceno, A. K. C. & Pereira, M. M. Q. (2010). **Fatores de riscos para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia**. *Cogitare Enferm*. 15(2):250-5.

LIMA, J. P. et al. Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com síndrome hipertensiva. **Rev Rene**. Fortaleza- CE, vol. 19, 2018, pp. 1-7 Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324054783029.pdf>

LINHARES JJ, MACÊDO NMQ, ARRUDA GM, VASCONCELOS JLM, Saraiva TV, Ribeiro AF. Factors associated with mode of delivery in women with pre-eclampsia. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2014; 36(6):259-63. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-720320140004812>.

OLIVEIRA ALML, MARQUES MA. Trombo venoso-profilaxia de boembolia na gravidez. **J VascBras**. 2016; 15 (4): 293-301. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.006616>

OLIVEIRA, A. C. M. & GRACILIANO, N. G. (2015). Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 24(3): 441-451.

REZENDE JF, MONTENEGRO CAB. **Obstetrícia fundamental**. 12a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/wk8v647wDgQtGCpFvZ6Q8wx/?format=pdf&lang=pt>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA(SBC). **Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia**. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]2009;93(6) [acesso em 12 de jun 2015]. Disponível: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_card_grav_9306supl1.pdf.

SOUZA, M. G., LOPES, R. G. C. L., Rocha, M. L. T. L. F., Lippi, U. G., Costa, E. S. & Santos, C. M. P. (2020). Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes. *einstein*.18:1-7. 10.31744/einstein_journal/2020AO4682

SOUZA, M.G; ROCHA M.L.; LIPPI, U.G.; COSTA E.S.; SANTOS, C.M. Epidemiologia da Hipertensão Arterial em Gestantes. **Einstein** (São Paulo). 2020. eAo4682. Disponível em: <http://www//dx.doi.org/10.31744einstein_journal/2020AO4682>. Acesso em: 10 de Abr. de 2021.

SOUZA, N. A., QUEIROZ, L. L. C., QUEIROZ, R. C. C. S., RIBEIRO, T. S. F. & FONSECA, M. S. S. (2013). Perfil Epidemiológico das Gestantes Atendidas na Consulta de Pré-natal de uma Unidade Básica de Saúde em São Luís- Ma. **Rev. Ciênc. Saúde**, 15(1): 28-38.

UMESAWA, M.; KOBASHI, G. Epidemiology of hypertensive disorders in pregnancy: prevalence, risk factors, predictors and prognosis. **Hypertens Research**, v. 40, n. 3, p. 213–220,2017. DOI: 10.1038/hr.2016.126.

TOWNSLEY DM. Hematologic complications of pregnancy. **Semin Hematol.** 2013;50(3):222-31. doi:<http://dx.doi.org/10.1053/j.seminhema-tol.2013.06.004>. disponível em [sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0037196313000875?via%3Dihub](http://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0037196313000875?via%3Dihub)

ZHOU, et. al; Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants, **The Lancet**. DOI: 10.1016 / S0140-6736 (21) 01330-1. August 24, 2021. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piiS0140-6736\(21\)01330-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piiS0140-6736(21)01330-1/fulltext), acesso em 10 de Set de 2021.

Recebido em: 15/02/2021

Aprovado em: 20/03/2021