



A hipertensão gestacional e o risco de pré-eclâmpsia: revisão bibliográfica

Hypertension and pregnancy pre-eclampsia risk: literature review

Wyara Ferreira Melo

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria (FSM) e Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade São Francisco.

Email: wyara_mello@hotmail.com

Bruniella Abrantes de Oliveira

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria (FSM) e Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade São Francisco. Email: bruniella-abrantes@hotmail.com

Hamanda Gelça Araújo Costa Saldanha

Licenciada em Geografia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Bacharela em Administração pela Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN). Email: hamanda.admgeo@gmail.com

Jose da Silva Sousa

Mestre em Sistemas Agroindustriais pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). E-mail:

jsousaagrono@hotmail.com

Patrício Borges Maracaja

Doutor Engenheiro Agrônomo pela Universidad de Córdoba – Espanha. E-mail: patriciomaracaja@gmail.com

Resumo: Este trabalho é o resultado de uma revisão bibliográfica acerca da hipertensão gestacional e o risco de pré-eclâmpsia. Com objetivo de identificar os principais fatores de risco que acarretam a pré-eclâmpsia e juntamente explicitar sua classificação. A hipertensão arterial (HA) é um dos principais problemas de saúde pública, se tratando de uma doença crônica, que aumenta o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Acredita-se que as informações estabelecidas no presente estudo, poderão servir como motivação aos profissionais de saúde para uma melhoria a assistência.

Palavra-chave: Hipertensão. Eclâmpsia. Gestante.

ABSTRACT

This work is the result of a literature review of gestational hypertension and the risk of preeclampsia . To identify the major risk factors that lead to preeclampsia and together explain their rating. High blood pressure (hypertension) is a major public health problem , since this is a chronic disease that increases the risk for developing cardiovascular disease . It is believed that the information set out in this study may serve as motivation to healthcare professionals for improved assistance.

Keyword: Hypertension . Eclampsia. Pregnant .

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é um dos principais problemas de saúde pública, Santos; Nery; Matumoto (2012) dizem que o número de portadores com a HA vem crescendo cada vez mais, tendo o Brasil cerca de 17 milhões de pessoas com a doença. Se trata de uma doença crônica, multifatorial e que aumenta o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Nesse sentido, a HA requer ações de prevenção e de diagnóstico precoce, mediante atuação de uma equipe multiprofissional, ajudando a contribuir tanto para prevenir essa doença, como para retardar suas complicações.

Porém, a hipertensão arterial não ocorre apenas nesses casos isolados, estando presente também durante a gestação o que acarreta a possibilidade de risco para a mãe e para o feto. Segundo Vettore (2011), as síndromes hipertensivas são a principal causa de morte materna nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. As síndromes hipertensivas podem gerar várias complicações, como encefalopatia hipertensiva, falência cardíaca, grave comprometimento da função renal, hemorragia retiniana, coagulopatias e associação com pré-eclâmpsia.

Vale salientar que a gestação é um momento especial da vida da mulher. Embora seja um fenômeno natural, durante sua evolução podem ocorrer complicações, colocando em risco a vida do feto e da mãe, sendo uma dessas complicações, a pré-eclâmpsia. As mulheres com pré-eclâmpsia não se sentem doentes até a condição se tornar tão grave, que já oferece risco de vida. Por isso, é circunstancial a detecção precoce realizada pelos profissionais de saúde, propiciando o diagnóstico precoce e consequente tratamento de forma eficaz, já que os diagnósticos tardios, isto é, a evolução para eclampsia, pode levar a morte materna e/ou fetal ou causar sequelas para ambos (MAGALHÃES, 2014).

O autor citado ressalta que o quadro de pré-eclâmpsia acontece em gestantes após a vigésima semana de gestação, com desenvolvimento de hipertensão, com proteinúria significativa e edema, agravando-se durante sua evolução sendo mais comum em primigestas e em gestações gemelares. A pré-eclâmpsia pode apresentar-se na forma leve ou grave e até hoje a etiologia é desconhecida.

O estudo será importante, pois, a problemática em questão desperta inúmeras dúvidas nas gestantes e remete ao profissional de saúde grande responsabilidade, em virtude, de se tratar de uma doença silenciosa e que ocorre de forma insidiosa, acarretando risco de morte para a mãe e/ou feto. O tema emergiu a partir da curiosidade da pesquisadora participante ao observar o aumento de casos de pré-eclâmpsia a partir da leitura de alguns estudos relacionados à temática.

Com isso, alguns questionamentos se fazem necessários: Qual o risco da hipertensão arterial na gravidez para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia? Quais os principais fatores de risco que acarretam a pré-eclâmpsia?

METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de um estudo bibliográfico utilizando uma abordagem do tipo exploratória. Para obtenção dos dados, utilizou-se o levantamento bibliográfico de artigos dos últimos 14 anos, através das bases de dados da: SCIELO, LILACS, Bibliografia Brasileira de Enfermagem, Universidade de São Paulo — USE - Evolução Intelectual e Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem/Associação Brasileira de Enfermagem (CEPEn/ABEn).

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

A hipertensão arterial é um problema crônico comum, apresentando uma prevalência alta e aumenta em faixas etárias maiores. Estudos epidemiológicos brasileiros estimam prevalências de 40% a 50% da população adulta com mais de 40 anos. Mesmo sendo assintomática, a hipertensão arterial é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas (TOSCANO, 2004).

Com base em Freire; Tedoldi (2009) a classificação das doenças hipertensivas na gestação mais aceita em nosso meio é a adotada pelo Grupo de Estudo da Hipertensão Arterial na Gravidez do Programa Nacional de Hipertensão Arterial (EUA) e pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO (BR). É a hipertensão que está presente antes da gravidez ou diagnosticada antes de 20 semanas de gestação. Sendo considerada hipertensão quando a pressão arterial sistólica (PAS) é ≥ 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, medidas em duas ocasiões com 4 horas de intervalo. Vale destacar que o diagnóstico é mais difícil de ser realizado em mulheres hipertensas sem diagnóstico prévio, pela presença do descenso fisiológico da pressão arterial (PA), que ocorre na primeira metade da gestação.

A hipertensão induzida pela gravidez é uma classificação genérica das doenças hipertensivas durante a gestação, que incluem hipertensão gestacional (hipertensão sem proteinúria), pré-eclâmpsia (hipertensão com proteinúria) e eclampsia (pré-eclâmpsia com convulsões). É responsável por taxas elevadas de morbidade e mortalidade materna e perinatal (CHAIM; OLIVEIRA; KIMURA, 2008). Soares *et al.* (2009) acrescenta que no Brasil, a hipertensão arterial na gravidez constitui a primeira causa de morte materna. Os transtornos hipertensivos lideram as causas deste tipo de morte, representando em torno de 25% dos óbitos maternos investigados.

Segundo Soares *et al.* (2009), a mortalidade materna tem sido considerada um problema crucial de saúde pública. A *World Health Organization* (WHO) assinala a ocorrência de aproximadamente 529.000 óbitos de mulheres por ano, relacionados à gravidez, parto, puerpério e aborto. Menos de 1% ocorrem em países desenvolvidos, refletindo as desigualdades sociais e em saúde das mulheres entre países pobres e ricos. A etiopatogenia da hipertensão arterial gestacional é desconhecida, bem como a patogênese de suas

manifestações. Surge, em geral, na segunda metade da gestação, mormente após a 20ª semana. Pode ser precedida por edema visível ou oculto, revelado pelo aumento brusco do peso corporal, proteinúria e elevação da pressão arterial, além de 140/90 mmHg ou o aumento de 30 mmHg para a pressão sistólica e de 15 mmHg para a diastólica.

Cunha; Kopiler; Simões (2003) salientam que a hipertensão gestacional é a pressão elevada detectada na segunda metade da gestação e diferenciada da pré-eclâmpsia pela ausência de proteinúria. Quando a proteinúria se desenvolve e a hipertensão regride após a gravidez, o diagnóstico é modificado para pré-eclâmpsia. E se a hipertensão persiste, é diagnosticada hipertensão crônica. Define-se a hipertensão na gravidez níveis pressóricos superiores a 140 x 90 mm Hg ou um aumento de 30 mm Hg e 15 mm Hg nas pressões sistólicas e diastólicas respectivamente.

Chaim; Oliveira; Kimura (2008) dizem a gestação é um fenômeno fisiológico na vida das mulheres, no entanto, em algumas podem ocorrer agravos em sua evolução, colocando assim em risco a saúde da mãe e do conceito. Durante o período gravídico, podem ocorrer às doenças maternas, é o exemplo da hipertensão que é induzida pela gravidez.

O cuidado da gestante hipertensa deve ser feito com repouso e dieta, sendo recomendado tratamento medicamentoso quando a pressão arterial diastólica da gestante ultrapassa 100mmHg. Intervenções devidamente adequadas no pré-natal colaboram para redução de complicações e das mortes maternas por hipertensão arterial. A indução do parto a partir de 37 semanas parece melhorar os desfechos obstétricos em pacientes com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. A indução do parto após a 36 semanas em primigestas hipertensas resultou em menores taxas de complicações como edema pulmonar, doença tromboembólica e síndrome HELLP, em comparação com as que tiveram conduta expectante. (VETTORE, 2011).

Peraçoli; Parpinelli (2005) ressaltam que entre os tipos de hipertensão presentes na gravidez, merecem destaque as manifestações específicas da gestação, ou seja, a pré-eclâmpsia, que ocorre como forma isolada ou associada à hipertensão arterial crônica, e a hipertensão gestacional. A pré-eclâmpsia, isolada ou superposta à hipertensão arterial crônica, está associada aos piores resultados, maternos e perinatais, das síndromes hipertensivas.

PRÉ-ECLÂMPسيا

A pré-eclâmpsia (PE) é caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados na gestação, após a 20ª semana, associada à proteinúria. Responsável por grande parte das indicações de interrupção prematura da gestação. A teoria mais aceita, atualmente, é a da "má placentação": uma invasão trofoblástica deficiente levaria a uma lesão endotelial com espasticidade difusa, associada a hipercoagulabilidade, inflamação, hiperlipidemia e resistência insulínica. Ela ocorre em 5% a 8% das gestações e é a principal causa de morte materna e perinatal nos países em desenvolvimento (MELO *et al.*, 2009, FREIRE; TEDOLDI, 2009).

A etiologia da hipertensão que se manifesta na gestação (pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional) permanece desconhecida. Acredita-se haver combinação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais que determinam defeito na invasão trofoblástica das arteríolas espiraladas. Este defeito acaba causando redução na pressão de perfusão uteroplacentária, com conseqüente isquemia/hipóxia da placenta no decorrer da gestação. A isquemia placentária libera fatores, como citocinas pró-inflamatórias, que iniciam a cascata de eventos celulares e moleculares, determinando a disfunção endotelial, com aumento da resistência vascular (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

Cunha; Kopiler; Simões (2003) destacam que a Pré-eclâmpsia é uma síndrome específica da gravidez, surgindo após a 20ª semana, com pressões iguais ou maiores que 140 x 90 mm Hg, acompanhado de edema visível ou oculto, revelado pelo aumento do peso corporal e por uma importante proteinúria, sendo que, a proteinúria pode ser de aparecimento tardio. Esta patologia pode ser suspeitada se além de elevação da pressão arterial, sendo os sintomas como, cefaleia, dor abdominal ou testes laboratoriais anormais, especificamente queda do número de plaquetas ou anormalidades das enzimas hepáticas. A pressão sanguínea em mulheres com pré-eclâmpsia, habitualmente retoma a valores normais dias a semanas após delivramento, podendo ocorrer na metade da gestação ou pós-parto.

Para Peraçoli; Parpinelli (2005), a pré-eclâmpsia compromete todos os órgãos e sistemas maternos e, com maior intensidade, os sistemas vascular, hepático, renal e cerebral. Sendo definida como grave pela presença de um ou mais dos seguintes critérios: Pressão arterial $\geq 160/110$ mmHg; Proteinúria ≥ 2 g/24 horas; Creatinina sérica $>1,2$ mg%; Oligúria <500 ml/24 horas; Distúrbios visuais e/ou cerebrais; Edema pulmonar ou cianose; Dor epigástrica ou no quadrante superior direito do abdome; Disfunção hepática; Plaquetopenia; Eclâmpsia; Restrição de crescimento fetal.

Com base em Peraçoli; Parpinelli (2005) a eclâmpsia é comumente precedida pelos sinais e sintomas de eclâmpsia iminente, ou seja, a gestante começa a apresentar distúrbios do sistema nervoso central (cefaleia frontal/occipital, torpor, obnubilação e alterações do comportamento), visuais (escotomas, fosfenas, visão embaçada e até amaurose) e gástricos (náuseas, vômitos e dor no hipocôndrio direito ou no epigástrico). A causa exata das convulsões não é conhecida. Entre as teorias propostas estão o vasoespasm cerebral com isquemia local, a encefalopatia hipertensiva com hiperperfusão, o edema vasogênico e a lesão endotelial. Em gestante hipertensa, a ocorrência de crise convulsiva deve sempre ter como diagnóstico inicial a eclâmpsia. Entretanto, outras causas de convulsão devem ser consideradas. Em países da África, Ásia, América Latina e Caribe, a eclâmpsia é responsável por 60 a 100% das mortes maternas relacionadas à síndrome hipertensiva da gestação⁴, e que poderiam ser evitadas com a utilização de sulfato de magnésio para prevenção e tratamento da convulsão.

A pré-eclâmpsia é uma doença encontrada somente na gestação humana. Sendo comum o aparecimento em primípara, gestações múltiplas, em pacientes cuja história

familiar, mãe, irmã ou mesmo em gravidez anterior, sendo que nesta última situação, o aparecimento será sempre mais antecipado (CUNHA; KOPILER; SIMÕES, 2003; SOARES et al.; 2009).

De acordo com Melo et al. (2009), as pacientes acometidas podem evoluir, em casos mais graves, para episódios de eclâmpsia, edema agudo de pulmão, síndrome HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes e Low Platelet), AVC e oligúria. Por esse motivo, a pré-eclâmpsia é uma das causas mais importantes de internação em unidades de terapia intensiva obstétrica. A falta de assistência nas pacientes com pré-eclâmpsia ou a sua evolução desfavorável pode levar ao óbito, o que faz dessa doença a maior responsável pela mortalidade materna nos países da América Latina e Caribe, incluindo o Brasil.

Soares et al., (2009); Assis; Viana; Rassi (2008), relacionam que existem diversos fatores de risco que possam desenvolver a hipertensão gestacional, dentre eles, obesidade, diabete, doença renal, idade superior a 30 anos, antecedentes familiares, raça negra, hipertensão arterial crônica, gestação gemelar.

A pré-eclâmpsia pode ser classificada como leve ou grave, para compreendermos melhor essa classificação é necessário que se leve em consideração os achados clínicos e laboratoriais, como explica Freire; Tedoldi (2009):

A) PE leve:

- PA \geq 140/90 mmHg após 20 semanas de IG em paciente normotensa antes da gestação;
- Proteinúria de 1+ em fita (duas amostras de urina com 4-6 horas de intervalo que se correlaciona a 30mg/dl em amostra de urina, quando excluída presença de infecção urinária), mas confirmada com \geq 0,3 g em urina de 24 horas;
- Sintomas cerebrais (cefaleia, tonturas, visão borrada, escotomas), ou digestivos (dor epigástrica ou no quadrante superior D, náuseas ou vômitos), ou trombocitopenia e alteração de enzimas hepáticas, mesmo na ausência de proteinúria.

B) PE grave, se constatado \geq 1 dos seguintes critérios:

- PA \geq 160/110 mmHg, em duas aferições com 6 horas de intervalo e com a paciente em repouso;
- Proteinúria de 24h \geq 5 g ou \geq 3+ em fita, em duas amostras coletadas com intervalo de 4 horas;
- Oligúria, com volume urinário $<$ 500 ml/24h;
- Insuficiência renal (creatinina sérica \geq 1,2 mg/dl em paciente com função renal normal prévia);
- Distúrbios visuais ou cerebrais (cefaleia, visão borrada, cegueira, alteração do estado mental) persistentes;
- Edema pulmonar ou cianose;
- Dor epigástrica ou no quadrante superior direito persistente;
- Insuficiência hepática (SGOT ou SGPT $>$ 70 UI/L);
- Trombocitopenia (plaquetas $<$ 100.000/ μ L) e/ou evidência de anemia hemolítica microangiopática);
- Síndrome HELLP;
- Restrição de crescimento fetal (FREIRE; TEDOLDI, 2009, p. 162 e 163).

Melo et al. (2009) apontam que diante de uma doença potencialmente tão devastadora, a maior parte dos

estudos sobre pré-eclâmpsia concentram-se no diagnóstico precoce e identificação de seus fatores de risco, ou seja, dando maior ênfase ao período pré-parto. No entanto, a necessidade de se conhecer melhor o período pós-parto fica evidente ao se considerar as grandes alterações fisiopatológicas características deste período.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve proveito, pois, mostra como a elevação da pressão arterial representa um problema de saúde e principalmente durante a gestação, acarretando um risco tanto para a mãe, como para o feto, mostrando assim, a preocupação de atender as necessidades humanas do indivíduo, visando uma assistência de qualidade.

A importância da detecção precoce da hipertensão arterial na gravidez, deve ser realizada pelos profissionais de saúde, realizando diagnóstico que é estabelecido com base nos níveis elevados da pressão arterial e sintomas da paciente, e conseqüentemente o tratamento. Sendo os principais fatores de risco que podem acarretar para a pré-eclâmpsia são: hipertensão arterial crônica, primeira gestação, gestação gemelar, gravidez depois dos 35 anos e antes dos 18 anos, tendo como não controlar para que não se envolva para a eclâmpsia é o acompanhamento pré-natal.

A gestante com HA, merece um olhar diferenciado, não só de enfermagem, e sim, de outros profissionais, fazendo com que assegure de uma forma o seu bem estar. A partir deste estudo, conclui-se que, quanto mais cedo for diagnosticada a doença, maior a probabilidade de impedir sua evolução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSIS, Thaís Rocha; VIANA, Fabiana Pavan; RASSI, Salvador. Estudo dos Principais Fatores de Risco Maternos nas Síndromes Hipertensivas da Gestação. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v.9, n.1 p. 11-17, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n1/a02v91n1>>. Acesso em: 20 agos. 2014.
- CHAIM, Solange Regina Perfetto; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de; KIMURA, Amélia Fumiko. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 21, n. 1, p. 53-8, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_07.pdf>. Acesso em: 20 agos. 2014.
- CUNHA, Ademir Batista da; KOPILER, Daniel Arkader; SIMÕES, Luis Carlos. Editorial Laranjeiras. *Revista do Instituto Nacional de Cardiologia-Rio De Janeiro-RJ*, v. 1, n. 2, mar, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev_incl2.pdf#page=42>. Acesso em: 20 agos. 2014.
- FREIRE, Cláudia Maria Vilas; TEDOLDI, Citânia Lúcia. Hipertensão arterial na gestação. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 93, n. 6, p. 110-178, 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6s1/v93n6s1a17.pdf>>. Acesso em: 20 agos. 2014.

MAGALHÃES, Daniela Leão. **Assistência da Enfermagem na atenção a Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia**. Centro Universitário de Brasília. 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.uniceub.br/handle/235/4623>>. Acesso em: 20 agos. 2014.

MELO, Brena Carvalho Pinto de; et al. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302009000200022&script=sci_arttext>. Acesso em: 3 set. 2014.

PERAÇOLI, José Carlos; PARPINELLI, Mary Angela. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 10, p. 627-34, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n10/27578.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2014.

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos; NERY, Adriana Alves; MATUMOTO, Silvia. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p.107-14, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a14v47n1.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2014.

SOARES, Vânia Muniz Néquer; et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 11, p. 566-73, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n11/v31n11a07.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2014.

TOSCANO, Cristiana M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n4/a10v9n4.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2014.

VETTORE, Marcelo Vianna. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1021-1034, mai, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/19.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2014.