



SÍNDROMES HIPERTENSIVAS E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À GESTAÇÃO HYPERTENSIVE SYNDROMES AND RISK FACTORS ASSOCIATED WITH GESTATION

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA GESTACIÓN

Isabella Félix Meira Araújo¹, Pietro Araújo dos Santos², Priscila Araújo dos Santos³, Thainara Araújo Franklin⁴

RESUMO

Objetivo: identificar, na literatura, os fatores de risco associados às síndromes hipertensivas da gestação. **Método:** revisão integrativa, realizada a partir das bases de dados LILACS, MEDLINE, CUMED, BDNF e IBICS, com artigos publicados no período de 2000 a 2016, utilizando os descritores em Saúde: Hipertensão gestacional e Fatores de risco, com a amostra final constituída por 17 produções. **Resultados:** Observou-se prevalência da Base de Dados LILACS, totalizando 11 (64,7%) artigos, com nove (52,9%) de língua portuguesa; nível de evidência IV em oito (47,06%) dos periódicos e estudos publicados no ano de 2014 com quatro (23,5%) produções. **Conclusão:** os resultados permitiram identificar os seguintes fatores de risco para SHEG: idades extremas; raça não branca; nível socioeconômico e demográfico desfavorável; antecedentes pessoais e familiares para PE; sobrepeso; nutrição inadequada; hipertensão arterial crônica e DM. **Descritores:** Hipertensão Induzida pela Gravidez; Gravidez de alto risco; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: to identify, in the literature, the risk factors associated with hypertensive gestational syndromes. **Method:** integrative review, carried out from the LILACS, MEDLINE, CUMED, BDNF and IBICS databases, with articles published in the period from 2000 to 2016, using the descriptors in Health: Gestational Hypertension and Risk Factors, with the final sample constituted by 17 productions. **Results:** Prevalence of the LILACS Database was observed, totaling 11 (64.7%) articles, with nine (52.9%) Portuguese-speaking; level of evidence IV in eight (47.06%) of the journals and studies published in the year 2014 with four (23.5%) productions. **Conclusion:** the results allowed to identify the following risk factors for GHS: extreme ages; non-white race; unfavorable socioeconomic and demographic level; personal and family background for PE; overweight; inadequate nutrition; chronic hypertension and DM. **Descriptors:** Hypertension Pregnancy-Induced; Pregnancy High-Risk; Obstetric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: identificar, en la literatura, los factores de riesgo asociados a los síndromes hipertensivos de la gestación. **Método:** revisión integrativa, realizada a partir de las bases de datos LILACS, MEDLINE, CUMED, BDNF y IBICS, con artículos publicados en el período 2000 a 2016, utilizando los descriptores en Salud: Hipertensión gestacional y Factores de riesgo, con la muestra final constituída por 17 producciones. **Resultados:** Se observó prevalencia de la base de datos LILACS, totalizando 11 (64,7%), artículos de la lengua portuguesa con nueve (52,9%), nivel de evidencia IV en ocho (47,06%) de los periódicos y estudios publicados en el año 2014 con cuatro (23,5%) producciones. **Conclusión:** los resultados permitieron identificar los siguientes factores de riesgo para SHEG: idades extremas; raza no blanca; nivel socioeconómico y demográfico desfavorable; antecedentes personales y familiares para PE; sobrepeso; nutrición inadecuada; hipertensión arterial crónica y DM. **Descritores:** Hipertensión Inducida en el Embarazo; Embarazo de Alto Riesgo; Enfermería Obstétrica.

¹Enfermeira, Especialista em Urgência, Emergência e UTI. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: isabellafelixmeira@hotmail.com; ²Fisioterapeuta, Doutorando, Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia/UFBA. Salvador (BA), Brasil. E-mail: pietro.fisio@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica. Faculdade de Tecnologia e Ciências/FTC. Jequié (BA), Brasil. E-mail: priscilaraujo10@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: thainarafranklin@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento único e singular para a mulher, já que representa a renovação do núcleo familiar. No entanto, este período gestacional pode, por vezes, acarretar riscos materno-fetais, caracterizando a chamada gravidez de alto risco.¹

Segundo o World Health Organization (WHO),² estima-se que, no mundo, mil mulheres morram de complicações na gestação ou no parto todos os dias. Em 2008, a mortalidade de mulheres por consequência da gestação de alto risco resultou em 358 mil e, até o final de 2015, foram totalizados 303 mil óbitos maternos. Por isso, a morte materna é considerada um importante indicador de desenvolvimento humano, sendo de extrema necessidade a implementação de ações políticas, no âmbito da saúde pública, para a redução desses expressivos índices de mortalidade e consequente melhoria da qualidade de vida da população.

A Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHEG) é uma doença multissistêmica, que acontece ao final do período gestacional e se apresenta em várias formas clínicas, estando em evidência a hipertensão gestacional, a pré-eclâmpsia (PE), a eclâmpsia e a síndrome de HELLP. Essa síndrome determina-se por hipertensão arterial, seguida de proteinúria e/ou edema, sendo estes chamados tríade da SHEG. Seu diagnóstico é realizado por volta da 24ª semana gestacional. É categorizada em duas formas básicas: a PE, forma não convulsiva, marcada pelo início da hipertensão aguda após a 20ª semana de gestação; e a eclâmpsia, que é uma emergência hipertensiva caracterizada pelos episódios convulsivos consequentes aos efeitos cerebrais intensos da PE.³

A SHEG apresenta-se, em primeiro lugar, dentre as afecções provenientes do período gestacional e puerperal, além de ser a primeira causa de morte materna do país, especialmente, quando se tratam das suas formas mais graves, como a eclâmpsia e a síndrome HELLP.⁴⁻⁶

Estas síndromes gestacionais podem causar múltiplas complicações como encefalopatia hipertensiva, falência cardíaca, grave comprometimento da função renal, hemorragia retiniana, coagulopatias e associação com PE. Contudo, a hipertensão gestacional, por meio de uma efetiva assistência no pré-natal, por meio da prevenção, detecção precoce e controle dos fatores de risco, é, por vezes, uma enfermidade evitável.⁶⁻⁷

Os fatores de risco como obesidade, hipertensão crônica, diabetes, alimentação inadequada e sedentarismo são detectáveis ainda na pré-concepção. Logo, analisar estes fatores de risco é imprescindível, no sentido de orientar os profissionais de saúde para a prevenção e o diagnóstico precoce e colaborar para a educação em saúde da população, reduzindo os danos às mães e aos conceitos.

OBJETIVO

- Identificar, na literatura, os fatores de risco associados às síndromes hipertensivas da gestação.

MÉTODO

Revisão integrativa.⁸ A busca de dados ocorreu no período de maio a junho de 2016. A revisão foi realizada a partir das bases de dados eletrônicos da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas de Cuba (CUMED), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Instituto Brasileiro de Ensino em Ciências da Saúde (IBECS) consultadas por meio do site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). A busca, em todas as bases de dados, foi realizada por meio do cruzamento entre os descritores disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “hipertensão gestacional” [and] “fatores de risco”.

A formulação da questão norteadora deste estudo foi definida a partir do seguinte questionamento: Quais os fatores de risco estão associados à predisposição materna às síndromes hipertensivas?

Os critérios de inclusão foram os estudos que respondiam à questão norteadora da pesquisa, publicados no período de 2000 a 2016, disponíveis eletronicamente de forma gratuita e redigidos em língua inglesa, espanhola ou portuguesa. Já os critérios de exclusão foram publicações repetidas entre as bases de dados, resumos de congressos, anais, editoriais, monografias, dissertações e teses.

A combinação dos descritores identificou uma amostra, no total, de 207 produções. Os artigos, inicialmente, foram selecionados por meio do título e pelo resumo. Nessa etapa, foram escolhidos 44 artigos que abordavam conceitos relevantes para o estudo. Após a leitura integral dos textos, foram escolhidos 17 artigos que contemplavam o objetivo e a questão norteadora deste trabalho (Figura 1).

A análise dos dados foi pautada na literatura pertinente à temática.

Utilizou-se, para a construção dessa revisão, as seis etapas descritas por Ganong: elaboração da pergunta norteadora; busca na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; apresentação da revisão integrativa.⁹

Os artigos selecionados foram classificados em níveis de evidência (NE): Nível I - as evidências são provenientes de revisão sistemática ou meta-análise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível II - evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III - evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem

randomização; Nível IV - evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V - evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e Nível VII - evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.¹⁰

A pesquisa baseada em evidências, por meio da Revisão Integrativa, permite a busca do conhecimento científico por meio da realização de pesquisas ou da aplicação, na prática, dos resultados sobrevividos da literatura.¹¹

No que se refere aos aspectos éticos e legais, foram utilizadas publicações de periódicos nacionais e internacionais, cujos autores foram citados em todos os momentos em que os artigos foram mencionados.

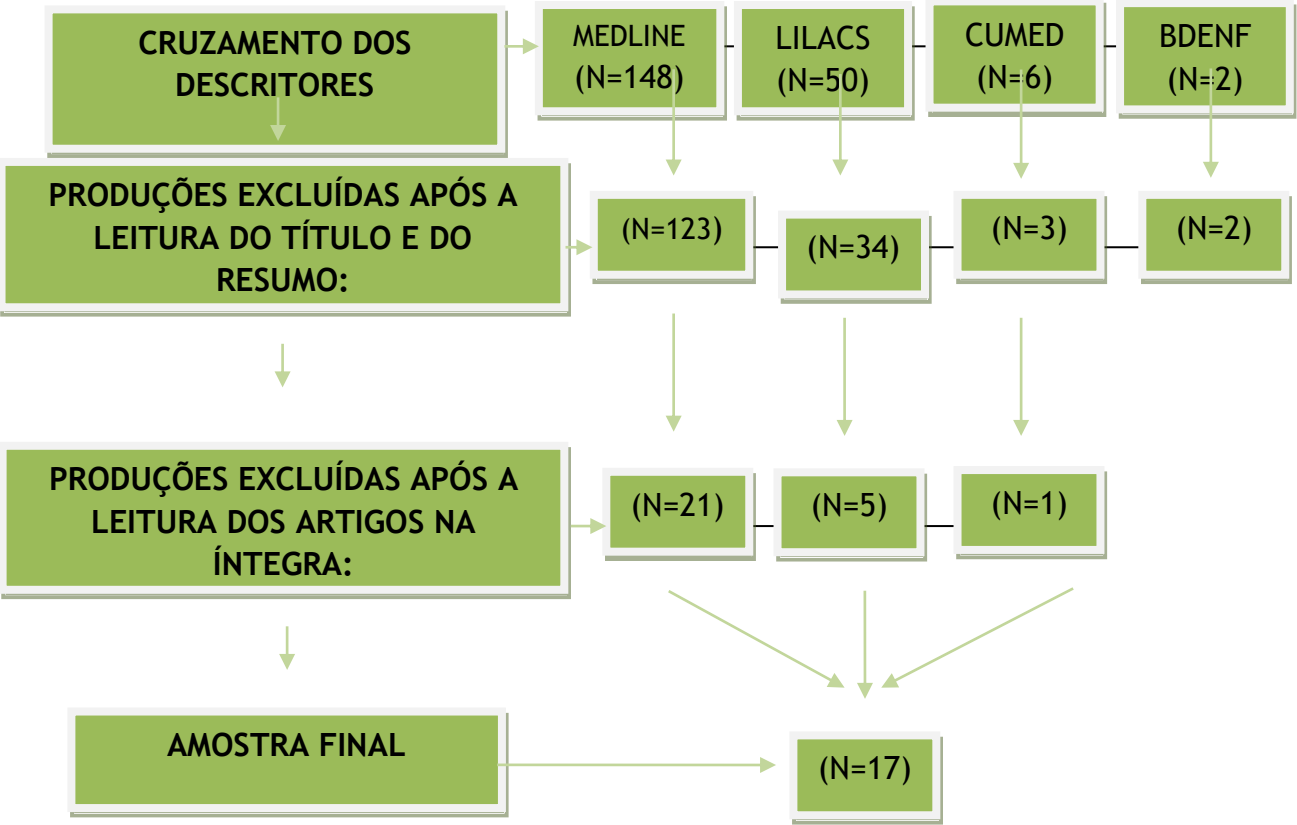


Figura 1. Fluxograma de representação do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão. Jequié (BA), Brasil, 2016.

RESULTADOS

Foram analisados, neste estudo, 17 artigos selecionados que atenderam aos critérios de

inclusão previamente estabelecidos. Estes foram organizados e distribuídos segundo os autores/ano de publicação, título, periódico e evidências encontradas (Figura 2).

Autores/Ano		Título	Periódico/ Ne	Evidências Encontradas
Oliveira Santos AA; Bezerra ARB; Barros Tavares (2016)	ACM; AMR; MCM	Fatores Maternos e Resultados Perinatais Adversos em Portadoras de Pré-eclâmpsia em Maceió, Alagoas.	Arquivos Brasileiros de Cardiologia / IV	A ocorrência de PE esteve associada à história materna de PE e cor da pele negra e ocasionou uma elevada frequência de desvios de peso do RN ao nascimento e da via de parto cesariana.
Oliveira Graciliano (2015)	ACM; NG	Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores	Epidemiologia e Serviços de Saúde/ VI	Idade avançada, sobrepeso e ganho ponderal excessivo na gravidez são aspectos que influenciam os resultados obstétricos e, portanto, merecem a atenção dos profissionais de saúde.

		associados.		
Mangucci SB; Resende EA; Neto BO; Júnior RV; Oliveira EM; Borges MF (2014)	Obesidade e fatores de risco cardiometabólicos durante a gravidez.	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/VI	de	As alterações metabólicas da gestação e as complicações cardiometabólicas são mais expressivas nas gestantes obesas.
Henriques ACPT; Alencar JCG; Pinto LRM; Mota RMS; Macena RHM; Feitosa HN et al (2014)	Pregnancy-induced hypertension syndrome and cardiovascular risk.	Revista da Associação Médica Brasileira/IV	da	O estudo mostrou um perfil de risco cardiovascular desfavorável em pacientes com história de síndrome hipertensiva da gestação. Demonstrou, por meio de mudanças nas medidas antropométricas, bem como medições metabólicas.
Sina M; Hoy W; Wang Z (2014)	Anthropometric predictors of gestational hypertensive disorders in a remote aboriginal community: a nested case-control study.	BMC Research Notes/IV		O IMC e o CC antes da gravidez são preditores antropométricos de distúrbios hipertensivos da gestação (DHG) em mulheres aborígenes. Estes resultados implicam a importância do controle de peso precoce na prevenção da DHG em mulheres aborígenes.
Suleiman AK (2014)	Risk Factors on Hypertensive Disorders among Jordanian Pregnant Women.	Global Journal of Health Science/IV		Os resultados mostraram que a hipertensão crônica, hipertensão pré-natal, história familiar de PE, diabetes, IMC elevado, nuliparidade, história PE anterior e baixa escolaridade foram identificados como de risco e são fatores para complicações da hipertensão arterial.
Ehrentha DB; Catov JM (2013)	Importance of Engaging Obstetrician/Gynecologists in Cardiovascular Disease Prevention.	Current Opinion in Cardiology/V	in	O resultado da gravidez e o risco de Doença Cardiovascular (DCV) futuro são, agora, melhor compreendidos, e as evidências relacionam hipertensão associada à gravidez.
Nogueira AI; Carneiro MP (2013)	Obesidade e gravidez.	Revista Médica de Minas Gerais/V		A obesidade materna predispõe a mãe ao diabetes gestacional (DMG) e ao DM tipo 2, no futuro, à hipertensão, a doenças cardiovasculares e câncer.
Gonçalves ZR; Monteiro DLM (2012)	Complicações maternas em gestantes com idade avançada.	Femina/V		As principais complicações maternas da gestação em idade igual ou superior a 35 anos são hipertensão gestacional, DMG, maior frequência de partos operatórios de trabalho de parto prematuro, placenta prévia, amniorrexe prematura e gestações múltiplas.
Gonçalves CV; Sassi RAM; Cesar JA; Castro NB; Bartolomedi AP (2012)	Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez.	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/VI	de	O monitoramento do IMC e o ganho ponderal durante a gestação são procedimentos de baixo custo e de grande utilidade para a redução de riscos maternos e fetais.
Santos EMF; Amorim LP; Costa OLN; Oliveira N; Guimarães AC (2012)	Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil.	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/VI	de	O sobrepeso e a obesidade pré-gestacionais, o ganho excessivo de peso na gestação e a anemia foram fatores de risco para PE.
Gaillard R; Bakker R; Willemser SP; Hofman A; Steegers EAP et al (2011)	Blood pressure tracking during pregnancy and the risk of gestational hypertensive disorders: The Generation R Study.	European Heart Journal/IV		A pressão arterial durante a gravidez é influenciada por características maternas. A partir do segundo para o terceiro trimestre da gestação, a pressão sanguínea sistólica e diastólica aumentadas está associada com um risco acrescido de hipertensão gestacional.
Dalmáz CA; Santos KG; Botton MR; Roisenberg I (2011)	Risk factors for hypertensive disorders of pregnancy in Southern Brazil.	Revista da Associação Médica Brasileira/IV	da	O estudo confirmou que a família e a história prévia de PE, IMC elevado, diabetes e crônica hipertensão são mais frequentes em pacientes com DHG.
Mariño BMV; Bonne AB; Avila MEM; Garrido ISG; Dellis NT (2011)	Factores de riesgo asociados a la hipertensión inducida por el embarazo.	Medisan/IV		Doenças como obesidade, hipertensão, diabetes e doença renal produzem alterações no endotélio vascular e no calibre do vaso sanguíneo, o que leva à constrição

Frattesi FF; Junior MDC (2010)	Obesidade e complicações gestacionais.	Femina/V	arteriolar. A associação de riscos potenciais para mãe e feto à obesidade é bem estabelecida, mas o conhecimento desses riscos e a condução da gestação de maneira adequada são pouco praticados.
Sanchez YT; Ferrer RL; Ferrer ML (2009)	Caracterización de los factores de riesgo en gestantes con hipertensión gestacional y crónica en un área de salud.	Revista Cubana de Medicina General Integral/VI	Obesidade, tabagismo, condições socioeconômicas inadequadas e a não suplementação de ácido fólico, entre outros, foram os fatores de risco mais frequentes para os DHG.
Rassi S; Viana FP; Assis TR; (2008)	Estudo dos Principais Fatores de Risco Maternos nas Síndromes Hipertensivas da Gestação.	Arquivos Brasileiros de Cardiologia/IV	Os fatores de risco identificados para as SHEG foram a obesidade, a raça não branca, a PE prévia, a idade acima de 30 anos e a hipertensão arterial crônica como fator que aumenta o risco para a sobreposição da PE.

Figura 2. Distribuição dos artigos segundo autores/ano de publicação, título, periódico e evidências encontradas. Jequié (BA), Brasil, 2016.

Verificou-se que a Base de Dados LILACS apresentou o maior número de artigos selecionados, totalizando 11 (64,7%). Quanto ao idioma das produções analisadas, observou-se a prevalência de artigos em língua portuguesa, com nove (52,9%), seguida das línguas inglesa e espanhola, com seis (35,3%) e dois (11,8%), respectivamente.

A análise dos periódicos evidenciou, no que concerne ao nível de evidência, a maior prevalência da classificação no nível IV, com oito (47,06%) artigos.

Em relação à distribuição temporal, percebeu-se que a maioria dos estudos foi publicada no ano de 2014, com quatro (23,5%) produções, seguido dos anos de 2012 e 2011, somando seis (35,2%); o ano de 2013, com dois (11,8%) e, por último, os anos de 2016, 2015, 2010, 2009, 2008, com cinco (29,5%) no total. Quanto ao periódico das produções escolhidas, ressalta-se o predomínio da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, com três (17,6%) artigos.

DISCUSSÃO

Após a leitura e a análise detalhadas, optou-se por agrupar os fatores de risco encontrados em sete categorias nomeadas da seguinte forma: Idade Materna; Etnia; Fatores Socioeconômicos e Demográficos; Antecedentes Pessoais e Familiares; Sobrepeso e Estado Nutricional; Hipertensão Arterial Crônica e Diabetes Mellitus (DM).

• Idade Materna

Segundo o Ministério da Saúde,¹² a gestação com idade materna superior a 35 anos se caracteriza como uma gravidez tardia, sendo considerada importante fator de risco preexistente para morbimortalidade materno-fetal.

A hipertensão arterial é a complicação gestacional mais prevalente, ocorrendo,

principalmente, em mulheres de idade avançada. Este fato se justifica devido ao comprometimento vascular da idade, o que eleva a susceptibilidade da Hipertensão específica da gravidez.¹³⁻¹⁴ Por isso, tornam-se indispensáveis a gravidez planejada e a orientação do profissional de saúde na pré-concepção das mulheres, para que se obtenha uma assistência de qualidade no programa de pré-natal.

Na pesquisa de Oliveira¹⁵, realizada em um centro de referência hospitalar em gestações de alto risco, no município de Maceió, foi evidenciado que os extremos de idade reprodutiva são fatores de risco para a pré-eclâmpsia. Esses dados entram em consenso com os estudos na literatura.¹⁶⁻¹⁸

Ainda de acordo com Magalhães¹⁹, a gestação na adolescência tem uma incidência elevada de resultados obstétricos adversos, dentre eles, destacam-se a PE e a eclâmpsia. Essa evidência explica-se pela toxemia ser mais frequente nas adolescentes mais jovens (≤ 16 anos), grupo esse que apresenta maior número de pacientes nulíparas, com estado nutricional deficiente e déficit no acompanhamento no pré-natal.

• Etnia

As mulheres afro-descendentes, quando comparadas com outras etnias, têm maior incidência de hipertensão arterial crônica.²⁰⁻²²

A cor de pele negra parece apresentar uma deformidade hereditária na apreensão celular e na condução de sódio e cálcio no sistema renal, o que pode ser explicado pela presença de um gene economizador de sódio, predispondo, assim, à hipertensão arterial e, conseqüentemente, à PE sobreposta à cronicidade dos níveis pressóricos elevados.²⁰ Outro estudo realizado na Flórida, com gestantes internadas pelo diagnóstico de PE, também evidenciou risco aumentado dessa

síndrome hipertensiva em mulheres não brancas em todas as faixas etárias.²³

• Fatores Socioeconômicos e Demográficos

Entre os variados fatores de risco para a SHEG descritos na literatura, este estudo evidenciou, por meio da análise dos artigos selecionados, que as condições socioeconômicas e demográficas desfavoráveis, como baixa escolaridade e baixa renda familiar, estão diretamente associadas a piores condições obstétricas.²⁴

Pesquisa realizada no Estado do Paraná, que avaliou tendências da mortalidade materna geral e por pré-eclâmpsia/eclâmpsia, demonstrou que 66,1% das mulheres, que foram a óbito por esta síndrome, obtinham até oito anos de estudo incompletos e cerca de 59%, renda familiar inferior a três salários mínimos.²⁵

Apesar das evidências encontradas, nem todos os artigos pesquisados entraram em consonância. Segundo a pesquisa de Assis, Viana e Rassi,²⁰ um estudo de caso-controle que investigou os principais fatores de risco maternos nas SHEG, as características sociodemográficas não configuraram risco para a ocorrência desse agravo, no entanto, este fato pode ser justificado pelo estudo ter sido realizado em um hospital público onde as gestantes, em sua maioria, eram de baixa renda.

• Antecedentes Pessoais e Familiares

Mulheres que apresentaram PE em gestação anterior e aquelas que evidenciam história familiar de PE sugerem risco superior de recidiva da doença em gestações futuras, o que sugere envolvimento de fatores genéticos.²¹⁻²² O desenvolvimento da PE parece ter uma importante ligação com os genes maternos, como as seguintes mutações genéticas: (i) na glu298Asp da óxido nítrico sintetase, levando ao aumento da resistência vascular periférica e (ii) no fator V de Leiden, relacionado com o sistema de coagulação sanguínea, embora os resultados ainda não são conclusivos.²⁶

No estudo de Suleima²⁷, realizado com 184 gestantes diagnosticadas com hipertensão gestacional na Jordânia, identificou-se que os antecedentes pessoais de hipertensão arterial crônica e antecedentes obstétricos, além da história familiar de PE, foram considerados fatores de risco para a SHEG.

• Sobrepeso e Estado Nutricional

A gravidez colabora para o desenvolvimento, em longo prazo, do sobrepeso, isso porque tanto o período

gestacional, quanto o pós-parto são períodos delicados para o desenvolvimento da obesidade em mulheres.²⁸ Outro fator determinante no ganho de peso durante a gestação é o peso pré-gestacional, pois ele contribui não apenas para complicações na gravidez, mas, também, para a manutenção da obesidade após concepção, tornando, futuramente, um fator causal da resistência insulínica.

Santos²⁶ traz, em seu estudo, a evidência de que em gestantes com peso elevado, ao ingressar no pré-natal, seu risco de pré-eclâmpsia chega a ser 17 vezes maior quando comparado às gestantes com Índice de Massa Corporal (IMC) normal. Em função disso, a obtenção do peso normal, ainda antes de gravidez, torna-se essencial, já que o tratamento da obesidade requer mudanças profundas no estilo de vida e muita dedicação da paciente.

As produções analisadas neste estudo indicaram que a inadequação do estado nutricional materno gestacional favorece o aparecimento de complicações na gravidez como sobrepeso, diabetes gestacional e a pré-eclâmpsia. Logo, a dieta equilibrada e a redução de peso supervisionado durante e, se possível, iniciado anteriormente à gestação devem ser orientadas pelo profissional de Enfermagem, em conjunto com a equipe multiprofissional.

No período de gestação, a dieta alimentar da mulher necessita ser enriquecida com vitaminas, minerais, proteínas e gorduras, já que esses nutrientes são indispensáveis para a sustentação do organismo materno e para o adequado desenvolvimento fetal.³⁰ Por isso, se faz necessária a instrução das gestantes com sobrepeso pelos profissionais de saúde, enfatizando os riscos da obesidade tanto para ela, quanto para o feto, além de informá-la sobre os benefícios de uma alimentação balanceada e saudável.

• Hipertensão Arterial Crônica e Diabetes Mellitus

A hipertensão arterial crônica e a DM são apontadas como importantes fatores de risco para SHEG, configurando, assim, um dado preocupante, já que, atualmente, estes se configuram um problema de saúde coletiva que vem em uma crescente epidemiologia.

O estudo demonstrou, por meio das produções selecionadas, que o DM é uma predisposição para a SHEG e que, quando associado, em uma mesma gestação, há um maior comprometimento da saúde materna e fetal.^{22,24}

A hipertensão crônica na gravidez é a condição da hipertensão preexistente à gestação ou diagnosticada antes da 20ª semana. Segundo Leeman e Fontaine (2008), essa patologia se apresenta quando a pressão arterial sistólica é ≥ 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg medidas em duas ou mais ocasiões. E, também, pode ser configurada como hipertensão crônica da gravidez, quando diagnosticada, pela primeira vez, durante a gestação e que não se regulariza após seis a 12 semanas do parto.³¹

Aproximadamente um a 5% das gestantes são acometidas pela hipertensão arterial crônica e cerca de 15 a 25% dessas mulheres apresentam a PE.³²

Moura,³³ em sua pesquisa, realizada no Ceará, identificou o antecedente pessoal de hipertensão crônica, a nefropatia e o DM como sendo fatores de risco associados ao desenvolvimento dos distúrbios hipertensivos na gestação. Esse estudo entrou em consonância com o estudo de Oliveira e Graciliano, que pesquisou a prevalência e os fatores associados aos desfechos da SHEG e da DMG em uma maternidade pública de Maceió.

Dessa forma, as mulheres com hipertensão arterial crônica e DM, que pretendem engravidar, devem ser assistidas de forma qualificada e incentivadas a controlar os níveis pressóricos e de insulina com atividade física regular, alimentação adequada e tratamento medicamentoso recomendado pelo médico.

CONCLUSÃO

Os resultados permitiram identificar os seguintes fatores de risco para SHEG: idades extremas; raça não branca; nível socioeconômico e demográfico desfavorável; antecedentes pessoais e familiares para PE; sobrepeso; nutrição inadequada; hipertensão arterial crônica e DM.

Com base nesses achados, este estudo demonstra a importância da identificação precoce desses fatores de risco que, por vezes, são previamente detectáveis e evitáveis, minimizando futuras complicações materno-fetais. Logo, o acompanhamento do profissional de Enfermagem, nos programas de planejamento familiar e pré-natal, deve constituir uma importante oportunidade para orientar, sanar eventuais dúvidas e proporcionar uma assistência de forma integral, humanizada e individualizada à mulher.

No entanto, constatou-se, a partir desta análise na literatura, uma evidente lacuna de produções que evidenciassem intervenções

preventivas no intuito de reduzir os expressivos índices da SHEG.

A atuação do enfermeiro faz-se indispensável, em conjunto com a equipe multiprofissional, na prevenção e redução da morbimortalidade materna e do seu respectivo conceito, promovendo, assim, a educação em saúde de forma eficiente às pacientes que ainda planejam engravidar e àquelas que já se encontram gestantes.

Desse modo, espera-se que este estudo colabore para a realização de novas pesquisas mais aprofundadas, a fim de preencher as lacunas sobre a temática.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira NZF, Pereira WR, Barbosa DA, Vianna LAC. Mortalidade materna e sua interface cor na raça em Mato Grosso. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2012 [cited 2016 June 05]; 12:1. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n1/03.pdf>
2. World Health Organization (WHO). Maternal Mortality [Internet]. 2015 [cited 2016 may 17]. Available from: https://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=ptBR&prev=search&rurl=translate.google.com.br&sl=en&u=http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/&usg=ALkJrhikiQRt6fBj-QdeTvlxF70m1KgQ4Q#
3. Angonesi J, Polato A. Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), incidência à evolução para a Síndrome de HELLP. Rev bras anal Clin [Internet]. 2007 [cited 2016 June 05]; 39(4):243-245. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=490966&indexSearch=ID>
4. Aguiar MIF, Freire PBG, Cruz IMP, Linard AG, Chaves ES, Rolim ILTP. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev Rene [Internet]. 2012 [cited 2016 June 05]; 11(4): 66-75. Available from: www.revistarene.ufc.br/vol11n4_pdf/a07v11n4.pdf
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico - 5nd ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2012 [Internet] [cited 2016 may 18]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf

6. Rezende Filho J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental [Internet]. 2008 [cited 2015 June 05]; 11ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Available from: https://issuu.com/guanabarakoogan/docs/amostras_de_paginas-rezende
7. Vettore MV, Dias M, Domingues RMSM, Vettore MV, Leal MC. Prenatal care and management of hypertension in pregnant women in the public healthcare system in Rio de Janeiro, Brazil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011[cited 2016 June 05]; 27(5):1021-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/19.pdf>
8. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. Journal of advanced nursing [Internet]. 2005 [cited 2016 June 05]; 52(5):546-553. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>
9. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Rev Nurs Health [Internet]. 1987 [cited 2016 May 10]; 10(1):1-11. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.4770100103.pdf>
10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. Making the case for evidence-based practice; p. 3-24.
11. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein [Internet]. 2010 [cited 2016 July 07]; 8(1 Pt 1):102-6. Available from: http://astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf
12. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde (TABNET). Estatísticas Vitais. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. [cited 2016 June 05]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
13. Luke B, Brown MB. Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. Human Reproduction [Internet]. 2007 [cited 2016 June 05]; 22(5):1264-1272. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17289684>
14. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. Rev bras ginecol Obstet [Internet]. 2009 [cited 2016 July 10]; 31(7):326-334. Available from: www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a02.pdf
15. Dalmáz CA, Santos KG, Botton MR, Roisenberg I. Risk factors for hypertensive disorders of pregnancy in southern Brazil. Rev. Ass. Med. Bras [Internet]. 2011 [cited 2016 July 10]; 57(6): 692-696. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000600018
16. Dekker G, Sibai B. Primary, secondary, and tertiary prevention of pre-eclampsia. The Lancet [Internet]. 2001 [cited 2016 July 10]; 357(9251):209-215. Available from: [www.thelancet.com/pdfs/.../lancet/PIIS0140-6736\(00\)03599-6.p](http://www.thelancet.com/pdfs/.../lancet/PIIS0140-6736(00)03599-6.p)
17. Glasser S, Segev-Zahav A, Fortinsky P, Gedal-Beer D, Schiff E, Lerner-Geva L. Primiparity at very advanced maternal age (≥ 45 years). Fertility and sterility [Internet]. 2011 [cited 2016 July 10]; 95(8): 2548-2551. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21457970>
18. Yogev Y, Melamed N, Bardin R, Tenenbaum-Gavish K, Ben-Shitrit G, Ben-Haroush A. Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age. American journal of obstetrics and gynecology [Internet]. 2010 [cited 2016 July 10]; 203(6):558. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20965486>
19. Magalhães MLC, et al. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2006 [cited 2016 Nov 16]; 28(8): 446-52. Available from: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000800002
20. Assis TR, Viana FP, Rassi S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. Arq bras cardiol [Internet]. 2008 [cited 2016 July 10]; 91(1): 11-7. Available from: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001300002
21. Oliveira ACM, Santos AA, Bezerra AR, Barros AMR, Tavares MCM. Fatores Maternos e Resultados Perinatais Adversos em Portadoras de Pré-eclâmpsia em Maceió, Alagoas. Arq. Bras. Cardiol [Internet]. 2016 [cited 2016 July 10]; 106(2): 113-120. Available from: www.arquivosonline.com.br/2016/10602/edicao_atual.asp
22. Santos EMF, Amorim LP, Costa OLN, Oliveira N, Guimarães AC. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. Rev. bras. ginecol. Obstet [Internet]. 2012 [cited 2016 July 10]; 34(3):102-106. Available from:

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000300002

23. Mulla ZD, Gonzalez-Sanchez JL, Nuwayhid BS. Descriptive and clinical epidemiology of preeclampsia and eclampsia in Florida. Ethnicity & disease [Internet]. 2006 [cited 2016 July 10]; 17(4): 736-741. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18072388>

24. Oliveira ACM, Graciliano NG. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. Epidemiol. Serv. Saude [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 10]; 24(3): 441-451. Available from: www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00441.pdf

25. Soares VMN, Souza KV, Freygang TC, Correa V, Saito MR. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. Rev. bras. ginecol. Obstet [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 10]; 31(11): 566-573. Available from: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009001100007

26. Williams PJ, Pipkin FB. The genetics of pre-eclampsia and other hypertensive disorders of pregnancy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology [Internet]. 2011 [cited 2016 Nov 10]; 25(4): 405-417. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3145161/>

27. Suleiman AK. Risk factors on hypertensive disorders among Jordanian pregnant women. Global journal of health science [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 10];6(2):138. Available from: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/31300>

28. Nogueira AI, Carreiro MP. Obesidade e gravidez. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 10]; 23(1): 88-98. Available from: rmmg.org/exportar-pdf/15/v23n1a14.pdf

29. Ehrenthal DB, Catov JM. Importance of engaging obstetrician/gynecologists in cardiovascular disease prevention. Current opinion in cardiology [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 10];28(5):547. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23928919>

30. Paiva ES. Como deve ser a alimentação da gestante hipertensa. Jornal O Norte [Internet]. 2006 [cited 2016 Nov 10]; Available from: <http://www.jornalonorte.com.br>

31. Leeman L, Dresang LT, Fontaine P. Hypertensive disorders of pregnancy. Am Fam Physician [Internet]. 2008 [cited 2016 Nov 10]; 78(1): 93-100. Available from: <http://www.aafp.org/afp/2016/0115/p121.html>

32. Ferrão MH, Pereira AC, Gersgorin HC, Paula TA, Corrêa RR, Castro EC. Treatment effectiveness of hypertension during pregnancy. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2006 [cited 2016 Nov 10];52(6): 390-394. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17242773>

33. Moura ERF, Oliveira CGS, Damasceno AKC, Pereira MMQ. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. Cogitare Enferm [Internet]. 2010 [cited 2016 Nov 10]; 15(2):250-5. Available from: <https://www.revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/17855/11650>

Submissão: 29/03/2017

Aceito: 25/09/2017

Publicado: 15/10/2017

Correspondência

Thainara Araujo Franklin

Urbis I, Caminho F, 08

Bairro Jequiezinho

CEP: 45206-510 – Jequié (BA), Brasil