

Pré-eclampsia e suas Implicações à Saúde da Mulher

Preeclampsia and its implications to women's health

GISLAINE CANDIDO DA LUZ. Graduada em Enfermagem pela UNIGRAN- Centro Universitário da Grande Dourados. Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e Neonato da UNINGÁ/MAXPÓS/Dourados-MS

CENY LONGHI REZENDE. Enfermeira; Especialista em Ginecologia e Obstetrícia; Mestre em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Campo Grande-MS; Docente da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). Dourados-MS.

Rua Weimar Gonçalves Torres, 673, Fátima do Sul-MS, Cep79700-000 e-mail:

gcandidodaluz@yahoo.com.br

RESUMO

A hipertensão arterial gestacional é uma doença que acomete cerca de 8% das gestantes a partir da 20ª semana de gestação. Os sinais e sintomas no início assemelham-se a sintomatologia fisiológica da gestação, o que faz com que o profissional de saúde tenha uma atenção dobrada diante dos fatores de risco desta doença, tanto que se não detectada a tempo trás sérias consequências tanto para a mãe quanto para o feto podendo levar à morte de ambos. Portanto é de suma importância o papel de todos da equipe da rede básica de saúde, pois através da participação de cada um, é possível conscientizar essas gestantes da importância de uma gestação bem acompanhada, evitando qualquer preocupação garantindo um parto seguro e saudável. Diante disto este trabalho visa discurrir sobre a pré-eclampsia mostrando suas implicações à saúde materna e quais métodos que se pode adotar para prevenir e/ou tratar esta patologia. Este artigo trata de uma pesquisa bibliográfica e para sua elaboração foi realizado uma pesquisa em acervos literários buscados em bibliotecas e sites de artigos científicos como SCIELO e MEDLINE, dentre outros.

Palavras-Chave: Pré-eclampsia. Gravidez de Risco. Hipertensão Gestacional.

ABSTRACT

Gestational hypertension is a disease that affects about 8% of pregnant women from the 20th week of gestation. The signs and symptoms at first resemble physiological symptoms of pregnancy, which causes the health professional has double attention on the risk factors of this disease, so that if not detected in time it brings serious consequences for both mother as to the fetus can result in death of both. Therefore it is extremely important the role of all the staff of the primary care network, as through the participation of each, it is possible to educate pregnant women about the importance of such a pregnancy well together, avoiding any concerns ensuring a safe delivery and healthy. Given this this work aims at discussing preeclampsia showing its implications for maternal health and what methods you can adopt to prevent and / or treat this disease. This article is a literature review and its preparation was performed in a research sought literary collections in libraries and sites of scientific articles as SCIELO and MEDLINE, among others.

Keywords: Preeclampsia. Pregnancy Risk. Gestational hypertension

INTRODUÇÃO

Mesmo considerada fisiológica, a gestação pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto, e há casos em que algumas gestantes que, por diversas características, apresentam uma probabilidade maior de evolução para uma gestação de alto risco. Vários são os fatores causadores de risco gestacional, eles podem estar presentes desde antes da gravidez ou fazer parte da sintomatologia fisiológica da gestação como é o caso da pré-eclampsia que consiste na hipertensão gestacional causada pelo descontrole da pressão arterial durante a gravidez. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) é a principal causa de morte materna nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, cerca de 5 a 10% das gestações sofrem complicações por esta patologia (VETTORE, *et al*, 2011).

Consistem no surgimento de edema, proteinúria e hipertensão arterial que acometem gestantes a partir da 20ª semana de gestação e continua por todo período gestacional, e é definida pela presença de pressão arterial igual ou superior a 140/90 mmHg (GONÇALVES *et al*, 2005).

A pré-eclâmpsia é uma doença generalizada, sendo a hipertensão apenas uma de suas manifestações e é possível observar lesões em vários órgãos, incluindo cérebro, fígado e coração. E também causa a diminuição na perfusão placentária, trazendo retardo de crescimento intra-uterino e de perda fetal (PASCOAL, 2002).

Diante disto, este artigo visa discorrer sobre as complicações que acometem as gestantes com pré-eclampsia: seus sintomas, fatores de risco a que as gestantes estão expostas, seu tratamento e como preveni-la. Este trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica que pode ser considerada um procedimento formal com método de pensamento reflexivo que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais. Significa procurar respostas para questões propostas, utilizando métodos científicos (LAKATOS; MARCONI, 2007).

Para a elaboração deste artigo foi realizado uma pesquisa através de acervos literários buscados em bibliotecas e internet nos sites de artigos científicos como SCIELO, MEDLINE dentre outros.

REVISÃO DE LITERATURA

Pré-eclampsia e Suas Implicações à Saúde da Mulher

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Entretanto em torno de 10% delas podem ser afetadas pela doença hipertensiva específica da gestação (DHEG).

“Essas síndromes hipertensivas na gestação merecem especial destaque no cenário da saúde pública mundial que atualmente, representam a terceira causa de morte materna no mundo e a primeira no Brasil” (NETO *et al*, 2010).

A hipertensão arterial durante a gestação é uma complicação que acomete 5 a 8% das gestantes e seu diagnóstico é feito a partir da 20ª semana de gestação, no entanto a maioria destes diagnósticos é feita no terceiro trimestre de gravidez, sendo que a gravidade da doença é maior quanto mais precocemente se dá sua manifestação clínica (OLIVEIRA *et al*, 2010).

“Acredita-se que se trata de um distúrbio de natureza multifatorial que apresenta em comum o surgimento ou agravamento da hipertensão arterial e excreção urinária de proteínas após essas vinte semanas de gestação, podendo ser classificada de forma leve e grave” (REIS *et al*, 2010).

“Assim, devido à gravidade da doença hipertensiva arterial, é considerada como importante causa de internamento em unidade de terapia intensiva e, por vezes, incluída como critério de morbidade materna grave” (NETO *et al*, 2010). Oliverira *et al*, (2010), salientam que seria ideal a importância do diagnóstico precoce a adequada condução dos casos de pré-eclâmpsia desde o início de sua manifestação e, até mesmo, antes da instalação de sua forma clínica.

Fisiopatologia da Pré-eclâmpsia

“A fisiopatologia da pré-eclâmpsia ainda não é totalmente conhecida, mas sabe-se que é multi fatorial, envolvendo vários órgãos” (GANEM e CASTIGLIA, 2002).

Durante a gestação normal, as células do citotrofoblasto invadem as arteríolas espiraladas, substituindo as células endoteliais, mimetizando um novo endotélio e destruindo a musculatura da camada média dessas artérias, fazendo com que a artéria aumente seu calibre e permita um maior aporte de sangue para a placenta (JUNIOR *et al*, 2009).

Na pré-eclâmpsia, a invasão das artérias espiraladas do útero é limitada, reduzindo o diâmetro dessas artérias a metade daquela observada na gravidez normal que impede uma resposta adequada ao aumento da demanda do fluxo sanguíneo que ocorre durante a gestação, diminuindo a perfusão uteroplacentária e provocando isquemia da placenta (CAVALI, *et al*, 2009).

Net *et al* (2010), relatam que essa isquemia da circulação uteroplacentária ocasiona liberação de substâncias vasoativas na circulação materna, promovendo dano endotelial e consequente alteração de sua função causando ativação plaquetária, a liberação de tromboxane e serotonina, a agregação plaquetária e obstrução do fluxo sanguíneo placentário.

O aumento gradativo das lesões está relacionado à intensidade e ao tempo de exposição ao processo hipertensivo. (ALMEIDA e NEVES, 2006). Essa hipertensão arterial provoca efeitos deletérios sobre diversos sistemas, principalmente o vascular, o hepático, o renal e o cerebral (CAVALI *et al*, 2009).

Sinais e Sintomas

A hipertensão arterial induzida pela gestação é variável em sua apresentação clínica, algumas vezes manifestando-se com leves aumentos na pressão arterial, outras vezes como doença suficientemente grave para envolver vários órgãos ou sistemas (GANEM e CASTIGLIA, 2002). Baseia-se no desenvolvimento de hipertensão arterial com PA igual ou superior a 140x90 mmHg e proteinúria igual ou superior a 300mg/24 horas (GONÇALVES *et al*, 2005).

“Nos rins, é possível encontrar a princípio uma lesão glomerular típica a glomeruloendoteliase, pode ainda haver progressão para graus variados de injúria renal, como o que se vê nos casos de síndrome hemolítico-urêmica” (OLIVEIRA, *et al*, 2010).

Essa lesão renal pode ser responsável pelo aumento da excreção proteica bem como pela diminuição na filtração glomerular e no clearance de ácido úrico causando hiperuricemia, a excreção renal de sódio diminuindo,

causa retenção hidrossalina, embora formas graves da doença possam ocorrer na ausência de edema (PASCOAL, 2002).

Nos pulmões, o edema é complicação séria, a baixa pressão coloidosmótica, o aumento da pressão hidrostática intravascular e o aumento na permeabilidade capilar ocasionada da lesão endotelial favorecem para o desenvolvimento de edema pulmonar estando correlacionado com o acúmulo de sódio e a retenção de água, consequentemente ao edema causando estreitamento da região da faringe e laringe (GANEM e CASTIGLIA, 2002).

As alterações fisiológicas hepáticas podem ser causadas pela pré-eclampsia grave, incluindo o aumento nos níveis séricos das transaminases. A morte hemorrágica periportal é a lesão mais comum; o seu sangramento pode chegar até a capsula de glisson, dando origem a um hematoma sub-capsular que pode agravar com rompimento e hemorragia intraperitoneal grave, que muitas vezes leva à morte (ALMEIDA e NEVES, 2002).

A lesão endotelial cerebral leva ao edema difuso e ao quadro dramático de eclampsia, caracterizada por convulsões Tônico-clônicas nessas pacientes. Fenômenos hemorrágicos e áreas de infartos também podem ser vistos no tecido cerebral. Uma alteração cada vez mais descrita em pacientes com pré-eclâmpsia é a leucoencefalopatia posterior, que se caracteriza por edema e infartos que acometem a substância branca cerebral, principalmente no lobo occipital e em porções posteriores dos lobos parietais (OLIVEIRA, 2010).

No sistema cardiovascular a pré-eclampsia manifesta-se precocemente na gestação como um estado hiperdinâmico que acarreta lesões endoteliais mecânicas, as quais alteram a produção de mediadores humorais de reatividade do músculo liso, elevando a resistência vascular sistêmica, que determina hipertensão arterial e diminui o volume circulante, aumentando o trabalho ventricular (GANEM e GASTIGLIA, 2002).

Fatores de Risco

Os fatores de risco para o aparecimento de pré-eclampsia consistem em pré-eclâmpsia prévia, hipertensão arterial sistólica no início da gestação, história de hipertensão arterial crônica, doença renal crônica, lúpus eritematoso, deficiência de proteína S, resistência à proteína C ativada, anticorpos anticardiolipina circulantes, nuliparidade, obesidade, aumento da massa trofoblástica, diabetes, eritroblastose fetal, poliídramnio, especialmente em primigestas jovens e idade superior a 40 anos (SOARES *et al*, 2009).

Tratamento e Prevenção

“Embora a prevenção ainda não seja conhecida amplamente, sabe-se que o diagnóstico precoce da doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e suporte de saúde qualificado são determinantes de um melhor prognóstico” (Silva *et al*, 2011). E a melhor forma de detecção precoce para qualquer fator de risco predominante é através do pré-natal, pois é o profissional de saúde que vai especificar se a gravidez é de risco ou não.

“A garantia da qualidade da atenção pré-natal pressupõe a acessibilidade ao cuidado, incluído aqui o aumento na oferta de serviços de saúde, o acesso a exames laboratoriais, e a existência de mecanismos formais de referência e contra-referência entre os níveis de atenção” (CARVALHO e ARAÚJO, 2007).

Se ao longo das consultas, for detectado fator de risco, a gestante deve ser encaminhada para o pré-natal de alto risco (referência), sem prejuízo do acompanhamento concomitante pela equipe de saúde comum (contra-referência), garantindo um atendimento especializado com uma equipe multifatorial composta por médicos de várias especialidades, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional dentre outros, que vão garantir à essas gestantes segurança e amparo durante toda a gestação (COUTO, 2012).

“A redução da morbimortalidade materna e perinatal estão diretamente relacionadas com o acesso das gestantes ao atendimento pré-natal de qualidade e em tempo oportuno, no nível de complexidade necessário” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). E mesmo se durante o pré-natal de alto risco essa gestante vir a agravar o seu quadro de hipertensão arterial, o tratamento definitivo consiste em interrupção da gravidez e prevenção das complicações maternas, pois se não tratada, associa-se a um maior risco de morte fetal e neonatal. “Em pacientes que progridem para pré-eclampsia grave ou eclâmpsia, morte materna pode ocorrer, devido, principalmente, à hemorragia intracerebral” (PASCOAL, 2002).

Mulheres que desenvolvem hipertensão na gravidez devem ser cuidadosamente avaliadas nos meses imediatamente após o parto e aconselhadas a respeito de futuras gestações e risco cardiovascular. “Qualquer anormalidade laboratorial ou achado físico que não retorne ao normal antes da alta deve ser reavaliado na consulta de puerpério” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No entanto quando não é possível ou recomendável interromper a gravidez, várias condutas são propostas como: corticoterapia para aceleração da maturidade pulmonar fetal, expansão do volume plasmático, hospitalização com repouso materno, terapia anticonvulsivante com o sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo (NETO *et al*, 2010).

CONCLUSÃO

A pré-eclampsia acomete aproximadamente 10% das gestantes e é a terceira causa de morte materna no mundo e a primeira no Brasil. Detectada após a 20ª semana de gestação, ela se inicia como primeiro sinal a hipertensão arterial acima de 140 / 90 mmHg, acrescido de edema generalizado e proteinúria que pode trazer sérias consequências ao binômio mãe e filho tais como: problemas respiratórios, renais, hepáticos, cardíacos, cerebrais, aborto e parto prematuro.

Embora não se conheça qualquer método de tratamento e prevenção da pré-eclampsia, é muito importante detectar precocemente, pois no início se pode controlar e evitar o irremediável e é no pré-natal que há possibilidade de identificar a pré-eclampsia, visto que logo na primeira consulta na unidade básica a gestante já é submetida a exames laboratoriais que monitoram o estado de saúde destas gestantes. Se mesmo assim não houver como controlar essa crise hipertensiva, a gestante é transferida da atenção básica para um hospital onde será observada por uma equipe especializada até o fim de sua gestação.

É de suma importância o papel de todos da equipe da rede básica de saúde, pois através da participação de cada um, é possível conscientizar essas gestantes da importância de uma gestação bem acompanhada, evitando qualquer preocupação garantindo um parto seguro e saudável.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, K. B., NEVES, L. A. **PRÉ-ECLÂMPسيا: uma revisão de literatura nacional**. Disponível em: <http://biblioteca.claretiano.edu.br/phl8/pdf/20002035.pdf>
2. CARVALHO, V. C. P.; ARAÚJO, T. V. B. Adequação da Assistência pré-natal em Gestantes Atendidas em dois Hospitais de Referência para Gravidez de Alto Risco do Sistema Único de Saúde, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, 7 (3): 309-317, jul. / set., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n3/10.pdf>
3. CAVALLI, R. C., SANDRIM, V. C., SANTOS, J. E. T., DUARTE, G. Predição de pré-eclâmpسيا. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.31 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2009. Disponível em:
4. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032009000100001&script=sci_arttext
5. COUTO, R. A. Roteiro para Atuação Ministerial: Atenção Perinatal. Grupo Nacional dos Direitos Humanos, Bahia, 2012). Disponível em: http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/saude/acoesInterativas/Roteiro_de_Atuaao_atencao_perinatal_2012.pdf
6. GANEM, E. M.; CASTIGLIA, Y. M. M. Anestesia na Pré-Eclâmpسيا. **Rev Bras Anesthesiol.** 2002; 52: 4: 481 – 497. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v52n4/v52n4a13.pdf>.
7. GONÇALVES, R.; FERNANDES, R. A. Q.; SOBRAL, D. H. Prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação em hospital público de São Paulo. **Rev Bras Enferm.** 2005 jan-fev; 58(1):61-4. 61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a11.pdf>
8. JÚNIOR, M. D. C., AGUIAR, R. A. L. P., CORRÊA, M. D. **Fisiopatologia da pré-eclâmpسيا: aspectos atuais**. *Femina* | Maio 2009 | vol 37 | nº 5
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de Alto Risco**: manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – 5ª edição – Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2010.
10. NETO, C. N.; SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. **Tratamento da pré-eclâmpسيا baseado em evidências**. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32(9):459-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n9/v32n9a08.pdf>.
11. OLIVEIRA, L. G., KARUMANCHI, A., SASS, N. **Pré-eclâmpسيا: estresse oxidativo, inflamação e disfunção endotelial**. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32(12):609-616. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n12/a08v32n12.pdf>.
12. PASCOAL, I., F. **Hipertensão e Gravidez**. *Ver. Bras. Hipertens.* 9: 256-261, 2002. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23\(1\)012.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23(1)012.pdf).
13. REIS, Z. S. N., LAGE, E. M., TEIXEIRA, P. G., PORTO, L.B., GUEDES, L. R., OLIVEIRA, É. C. L., CABRAL, A. C. V. **Pré-eclâmpسيا precoce e tardia: uma classificação mais adequada para o prognóstico materno e perinatal?** *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; Disponível em: 32(12):584-90. <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n12/a04v32n12.pdf>
14. SILVA, E. F.; CORDOVA, F. P.; CHACHAMOVICH, J. L. R.; ZACHIA, S. A. Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 out. 2012.
15. SOARES, V. M. N.; SOUZA, K. V.; FREYGANG, T. C.; CORREA, V.; SAITO, M. R. Mortalidade Materna por pré-eclâmpسيا/eclâmpسيا em um estado do Sul do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2009; 31(11):566-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n11/v31n11a07.pdf>.
16. VETTORE, M. V.; DIAS, M.; DOMINGUES, R. M. S. M.; VETTORE, M. V.; LEAL, M.; C. **Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no**

Município do Rio de Janeiro. Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(5):1021-1034, mai, 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n5/19.pdf>

Enviado em: novembro de 2012.

Revisado e Aceito: dezembro de 2012.