SAÚDE DA MULHER
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.
Edição 16

Capítulo 9

PRÉ - ECLÂMPSIA: CONSIDERAÇÕES CRÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA O PARTO DE EMERGÊNCIA

SUZANA MIORANZA BIF[1]
CAROLINA PAULA MARQUETTI[2]
RAUL BERNARDO RIBEIRO[3]
MARIA EDUARDA BARBOSA STECCA[1]
PEDRO HENRIQUE BARROS ALEXANDRE ALVES DE ALMEIDA[2]
JULINES BEGA PEIXE[4]
MATHEUS DAL BOSCO MACARI[1]

1. Discente de Medicina na Universidade Maurício de Nassau de Cacoal - RO.
2. Discente de Medicina na Universidade Sao Lucas de Porto Velho - RO.
3. Discente de Medicina na Universidade Federal do Cariri.
4. Discente de Medicina na Faculdade Metropolitana de Porto Velho - RO.

Palavras Chave *Pré-eclâmpsia na atenção primária; Revalência da pré-eclâmpsia no Brasil; Tratamento da pré-eclâmpsia;*

doi 10.59290/978-65-6029-099-0.9

INTRODUÇÃO

Na Grécia pré-hipocrática, a ocorrência de cefaleia, acompanhada de sonolência durante a gestação e, por vezes, com convulsões associadas, já era reconhecida como uma situação preocupante. O papiro egípcio de Kahun, datado de aproximadamente 3.000 anos atrás, também fazia referência à ocorrência de convulsões durante a gestação, possivelmente registrando uma das manifestações mais antigas e graves da doença hipertensiva específica da gestação, a eclâmpsia (SOUZA, 2017).

A pré-eclâmpsia é caracterizada pelo desenvolvimento de hipertensão arterial, associada à proteinúria significante e/ou edema de mãos e face, após a 20ª semana de gravidez, em pacientes previamente normotensas, ou, anteriormente a esse período, na moléstia trofoblástica gestacional (NASR, 2018).

Profissionais médicos, ao assistirem gestantes com pré-eclâmpsia, muitas vezes concentram-se nos aspectos técnicos da doença e na conformidade com as normas institucionais, negligenciando a subjetividade da mulher acometida por essa condição grave, que pode despertar sentimentos de medo, angústia, dúvida, raiva e solidão. Portanto, compreender o caráter subjetivo dessa experiência é crucial, e a equipe médica desempenha um papel fundamental ao proporcionar uma abordagem integral através do diálogo, escuta e acolhimento (PIO; PERAÇOLI; BETINI., 2019).

Embora a gravidez seja um evento normal na vida das mulheres, uma parcela delas enfrenta riscos, com impactos não apenas para elas, mas também para a família e a sociedade. Aproximadamente 20% das gestantes apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável (GARCIA *et al*, 2019).

O Ministério da Saúde identifica diversos fatores de risco para gestações de alto risco, agrupados em quatro categorias: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; doença obstétrica na gravidez atual; e intercorrências clínicas. A pré-eclâmpsia, que é uma forma de hipertensão gestacional, está entre as doenças obstétricas na gravidez (BRASIL, 2022).

Garret (2009) afirma que a gestação de alto risco representa uma ameaça à vida ou à saúde da mãe e do feto. A Organização Mundial de Saúde estima que ocorram 585 mil óbitos de mulheres a cada ano devido a complicações relacionadas à gravidez, parto ou puerpério, sendo a hipertensão a mais comum, incidindo em 10% a 22% das gestações, contribuindo para partos prematuros e morbidade, mortalidade neonatal. No Brasil, aproximadamente 10% das gestantes desenvolvem síndromes hipertensivas (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018).

A pré-eclâmpsia, também conhecida como Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, é a patologia mais frequente em diagnósticos de gravidez de alto risco, caracterizada por hipertensão e proteinúria após a vigésima semana de gravidez. A etiopatogenia dessa doença ainda é desconhecida, com várias teorias em discussão (MOURA *et al*, 2011).

Na medicina, espera-se que os profissionais estejam preparados para oferecer acolhimento e assistência humanizada à gestante. Isso implica não apenas conhecimento técnico da patologia, mas também o desenvolvimento de habilidades para observar o contexto da gestante, buscando minimizar os transtornos existentes (BRASIL, 2012).

Em síntese, este artigo visa oferecer uma perspectiva abrangente e fundamentada cientificamente nas atuais estratégias de intervenção na gestão da Pré-Eclâmpsia e Parto de Emergência. Ao integrar inovações terapêuticas, busca-se promover uma abordagem mais eficaz e personalizada, com o objetivo de otimizar os

desfechos tanto para a mãe quanto para o recém-nascido.

MÉTODO

Este estudo constitui uma revisão de literatura destinada a analisar e sintetizar as informações disponíveis sobre a Pré-Eclâmpsia e Parto de Emergência na Atenção Primária à Saúde, com especial ênfase na realidade brasileira e nas estratégias de saúde pública. A pesquisa baseia-se em fontes de dados confiáveis, como PubMed, Scielo e o Ministério da Saúde do Brasil. A busca por artigos foi conduzida utilizando termos como "pré-eclâmpsia na atenção primária", "prevalência da pré-eclâmpsia no Brasil", "tratamento da pré-eclâmpsia", "coplicações da pré-eclâmpsia" e termos correlatos. A seleção considerou apenas estudos publicados desde 2010 até o presente, visando abranger informações atualizadas e relevantes.

Relatórios, diretrizes e informações oficiais relacionadas à Pré-Eclâmpsia e Parto de Emergência foram obtidos no site oficial do Ministério da Saúde do Brasil, abrangendo boletins epidemiológicos, guias de tratamento e estratégias de controle dessas condições no país. A análise dos dados foi realizada de maneira sistemática, com ênfase na identificação de tendências epidemiológicas, desafios no diagnóstico e tratamento, assim como nas políticas de saúde implementadas para o controle dessas condições no contexto da Atenção Primária à Saúde. Foram realizadas comparações e sínteses dos dados provenientes das diferentes fontes, visando à elaboração de uma visão abrangente e atualizada sobre o tema.

Os resultados desta revisão de literatura serão apresentados e discutidos na seção subsequente do artigo, com o intuito de fornecer uma análise crítica da situação da Pré-Eclâmpsia e Parto de Emergência na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Serão abordados os avanços alcançados e os desafios enfrentados no âmbito das políticas de saúde pública, visando contribuir para uma compreensão mais profunda e embasada da abordagem dessas condições no contexto da atenção primária.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um contingente significativo de mulheres opta por postergar a gestação para a quarta ou quinta década de vida, uma escolha influenciada pelas mudanças nos padrões familiares, observadas globalmente e também no contexto social e familiar brasileiro. Transformações sociais e culturais recentes impactam a dinâmica da natalidade, manifestando-se na redução progressiva das taxas globais e na intencional postergação da gravidez. Fatores como a crescente participação da mulher no mercado de trabalho, a valorização do desenvolvimento intelectual e os avanços na reprodução humana moldam as decisões sobre o timing mais apropriado para a maternidade (BRASIL, 2022).

Os dados do censo de 2013 do Office for National Statistics (Londres e País de Gales, Reino Unido) revelam uma média de idade materna para os nascimentos de 29 anos, a mais elevada registrada em quatro décadas. A maternidade em idades mais avançadas tornou-se uma ocorrência comum, com o número de recém-nascidos de mães entre 30 e 40 anos dobrando desde 1976. A idade materna mais avançada agora é uma preocupação obstétrica frequente, considerando os resultados maternos e perinatais. A literatura aponta para a faixa ideal de procriação entre 20 e 29 anos, associa-da aos melhores desfechos maternos e perina-tais. Entretanto, não há consenso sobre o limite de idade a partir do qual os riscos se tornam significativos (MALAVÉ, 2022).

Doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, são mais prevalentes em gestantes de idade avançada. Observa-se tam´-

bém um aumento na incidência de abortos no primeiro trimestre, anomalias cromossômi-cas, mortalidade materna, gestação múltipla, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, com a complicação da síndrome HELLP (BRASIL, 2010).

As síndromes hipertensivas são uma preocupação global e nacional, com a hipertensão gestacional destacando-se como uma das complicações mais significativas no ciclo gravídico-puerperal. Ela é uma das principais causas de internação em unidades de terapia intensiva (UTI) e lidera as estatísticas de mortalidade materna no Brasil, com uma incidência variando entre 5% e 17% entre as gestantes. A gravidez, embora fisiológica, estabelece um paradoxo entre o aumento progressivo dos componentes do sistema renina-angiotensina (SRA) e a manutenção da normotensão (BRASIL, 2022).

As alterações no sistema cardiovascular e renal durante a gravidez, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), incluem aumento do volume sanguíneo, frequência cardíaca, volume sistólico, débito cardíaco, queda da resistência vascular sistêmica e pressão arterial. Algumas mulheres, entretanto, desenvolvem hipertensão durante a gravidez (HTN-Preg), contrastando com a típica diminuição da pres-são arterial em gestações normais (PICON DE SA., 2005).

A expressão "hipertensão na gravidez" abrange as síndromes hipertensivas gestacionais, classificadas em:

1. Hipertensão arterial crônica.
2. Hipertensão crônica associada à pré-eclâmpsia (PE).
3. Hipertensão gestacional.
4. PE e eclâmpsia (BRASIL, 2010).

A PE é uma questão significativa na obstetrícia, afetando de 2 a 8% das gestações globalmente. Ela é uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna. A predição da PE deve ocorrer preferencialmente no 1° trimestre, considerando a história clínica materna, fatores de risco e ultrassonografia com Doppler para avaliar a resistência ao fluxo nas artérias uterinas. Exames laboratoriais, como endoglina solúvel, PIGF (fator de crescimento endotelial placentário), sFIt-1 (receptor solúvel de tirosina cinase semelhante a fms-1) e razão sFIt1/PIGF, mostram-se promissores, mas ainda não estão disponíveis na prática clínica (SILVA, 2023).

A PE, definida como uma Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG), manifesta-se com hipertensão após a 20ª semana de gestação, acompanhada de proteinúria, caracterizada pelo elevado nível de proteína na urina. Em casos excepcionais, pode surgir antes da 20ª semana, associada a doença trofoblástica gestacional e hidropisia fetal, acompanhada de proteinúria. A disfunção angiogênica e a desregulação do oxigênio na placenta são as principais causas bioquímicas associadas à PE, juntamente com fatores fetais maternos e inflamação em órgãos maternos (BRASIL, 2022).

Segundo os critérios da Comissão de Ter´-minologia do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, o diagnóstico de hipertensão em gestantes envolve elevação de 30 mmHg ou mais na pressão arterial sistólica e de 15 mmHg ou mais na pressão arterial diastólica. No Brasil, a PE é a principal causa de parto prematuro terapêutico (KAHHALE *et al*, 2018).

O Ministério da Saúde subdivide a PE com base na idade gestacional em que é diagnosticada: PE precoce (<34 semanas de gestação); PE tardia (≥34 semanas); PE pré-termo (<37 semanas) e PE de termo (≥37 semanas). Uma vez diagnosticada a PE sem sinais de gravidade, a gestante é internada para avaliação mais aprofundada, garantindo que não haja sinais, sintomas ou alterações nos exames laboratoriais

que possam modificar o diagnóstico para PE com sinais de gravidade (BRASIL, 2022).

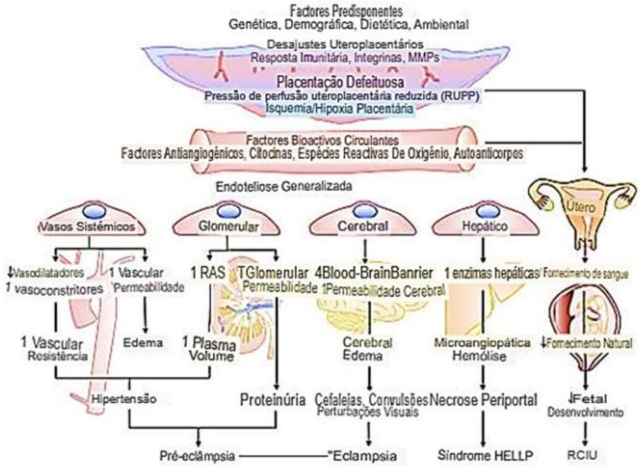
Todos os casos de PE com sinais de gravidade requerem internação hospitalar para monitoramento e redução de danos. A abordagem conservadora só é considerada quando presentes as seguintes premissas: estabilidade clínica, sucesso no controle farmacológico da hipertensão arterial, exames laboratoriais adequados e preservação da vitalidade fetal. A decisão entre parto imediato e abordagem conservadora dependerá da gravidade da doença, das condições clínicas maternas e fetais (SASS, 2020).

A identificação precisa da causa da PE promete uma redução significativa da morbidade e mortalidade materna e perinatal. No entanto, como sua etiologia permanece desconhecida, a prevenção primária permanece inatingível. Por outro lado, há uma atenção constante para identificar fatores de risco a fim de agir preventivamente contra a manifestação de formas graves da doença (prevenção secundária). Quatro classes principais de desregulação associadas à PE são: invasão anormal de trofoblastos da placenta; respostas antiangiogênicas; estresse oxidativo; (BRASIL, 2007).

A PE parece evoluir em duas fases distintas: na primeira, a implantação e placentação inadequadas levam a uma perfusão uteroplacentária deficiente, resultando em hipóxia tecidual e estresse oxidativo. Isso desencadeia a liberação de fatores antiangiogênicos na circulação materna, desencadeando uma reação inflamatória sistêmica. Na segunda fase, esses fatores levam a uma disfunção endotelial generalizada, responsável pela síndrome hipertensiva (BRASIL, 2022).

A **Figura 9.1** apresenta os fatores de risco, mecanismos e manifestações das desordens relacionadas à PE. A abordagem compreensiva desses aspectos é crucial para melhorar os resultados tanto a curto quanto a longo prazo para a mãe e o feto. O desafio persiste em compreender integralmente a patogênese da PE, enquanto esforços contínuos visam identificar estratégias preventivas e intervenções mais eficazes (BRASIL, 2011).

Figura 9.1 Fatores de Risco, Mecanismos Fisiopatológicos e as Manifestações de Desordens Relacionadas à PE



Fonte: DA SILVA, W. P. UNIVERSIDADE FEDERAL DE. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/38263/1/Pr%c3%a9Ecl%c3%a2mpsiaS%c3%adndrome.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2024.

Em síntese, a postergação da gestação para idades mais avançadas, embora influenciada por transformações sociais e culturais, traz consigo desafios e riscos significativos. A elevada incidência de hipertensão na gestação, pré-eclâmpsia e complicações associadas destaca a importância da vigilância prévia e da identificação precoce de fatores de risco. A compreensão dos mecanismos subjacentes à pré-eclâmpsia, embora em evolução, destaca a necessidade contínua de pesquisa para desenvolver estratégias preventivas e intervenções mais eficazes, visando melhorar os resultados maternos e perinatais (BRASIL, 2010).

CONCLUSÃO

A abordagem efetiva às questões relacionadas à postergação da gestação e às complicações como a pré-eclâmpsia demanda uma atuação proativa das unidades básicas de saúde. Propõe-se que tais unidades intensifiquem programas de orientação, oferecendo suporte às mulheres que optam por gestações em idades avançadas. Esses programas devem enfatizar a importância do acompanhamento pré-natal regular, incluindo avaliação de fatores de risco, monitoramento da pressão arterial e educação sobre hábitos saudáveis.

Além disso, a implementação de intervenções precoces e preventivas, como a identificação de hipertensão gestacional, pode ser realizada por meio de campanhas de conscientização e rastreamento em unidades básicas de saúde. O estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis e a promoção do acesso facilitado a serviços de saúde materna são cruciais para mitigar riscos.

Os profissionais de saúde nas unidades básicas desempenham um papel vital ao for-necer suporte psicológico e informações deta-lhadas sobre os desafios associados à gravidez em idades avançadas. Programas educacionais direcionados a gestantes e familiares, destacando os sinais de alerta da pré-eclâmpsia e promovendo uma abordagem colaborativa no cuidado pré-natal, podem contribuir significativamente.

Adicionalmente, estratégias para o cuidado neonatal, com ênfase na identificação precoce de complicações, são essenciais. O estabelecimento de protocolos de monitoramento rigoroso em recém-nascidos de mães de idade avançada pode melhorar a detecção precoce de potenciais problemas.

Em resumo, investir em programas de intervenção, orientação e cuidado abrangente nas unidades básicas de saúde é crucial para melhorar os desfechos maternos e perinatais, proporcionando apoio holístico às gestantes e garantindo um início saudável para a nova vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDEL MASSIH PIO, D.; PERAÇOLI, J. C.; VERNASQUE BETTINI, R. Vivências Psíquicas de Mulheres com Pré-Eclâmpsia: Um Estudo Qualitativo. Revista Psicologia e Saúde, v. 11, n. 2, p. 115–127, 2019.

DA SILVA, W. P. UNIVERSIDADE FEDERAL DE. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/38263/1/Pr%c3%a9Ecl%c3%a2mpsiaS%c3%adndrome.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2024.

DE ATENÇÃO À SAÚDE, S. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2024.

DF, B. –. MANUAL DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2024.

EDITOR: PROF. DR. NELSON SASS. HIPERTENSÃO ARTERIAL E NEFROPATIAS NA GESTAÇÃO DIRETRIZES E ROTINAS ASSISTENCIAIS. Disponível em: <https://www.pgobstetriciaunifesp.com.br/wp-content/uploads/2022/05/Hipertensao-arterial-e-Nefropatias-na-gestacao.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2024.

FRANK, M.H. & RODRIGUES, N.L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, L. *et al*. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

GARCIA, É. M. *et al*. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível? Ciencia & saude coletiva, v. 24, n. 12, p. 4633–4642, 2019.

(IFF/FIOCRUZ), M. M.-M. Gravidez tardia: chances e riscos. Disponível em: <https://www.iff.fiocruz.br/index.php?view=article&id=230:gravidez-tardia-2022&catid=8>. Acesso em: 9 fev. 2024.

KAHHALE, S.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. Pré-eclampsia. Revista de Medicina, v. 97, n. 2, p. 226, 2018.

NASR, A. M. L. Protocolo de Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/hipertensaogesta2018.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2024.

SAMPAIO, A. F. S.; ROCHA, M. J. F. DA; LEAL, E. A. S. High-risk pregnancy: clinical-epidemiological profile of pregnant women attended at the prenatal service of the Public Maternity Hospital of Rio Branco, Acre. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 18, n. 3, p. 559–566, 2018.