



SÍNDROMES METABÓLICAS

Volume 1

**Organizador
Daniel Luís Viana Cruz**

EDITORA
OMNIS SCIENTIA





SÍNDROMES METABÓLICAS

Volume 1

**Organizador
Daniel Luís Viana Cruz**

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



Editora Omnis Scientia
SÍNDROMES METABÓLICAS

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO – PE

2021

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizador (a)

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Conselho Editorial

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Wendel José Teles Pontes

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Cássio Brancalone

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Editores de Área – Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistentes Editoriais

Thialla Larangeira Amorim

Andrea Telino Gomes

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Leandro José Dionísio

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

S616 Síndromes metabólicas [livro eletrônico] / Organizador Daniel Luís Viana Cruz. – Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2021.
93 p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-15-5

DOI 10.47094/978-65-88958-15-5

1. Síndrome metabólica. 2. Sedentarismo. 3. Saúde. I. Cruz, Daniel Luís Viana.

CDD 616.39

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

A história da humanidade é acompanhada por um histórico de fome, até o momento do advento da agricultura e da pecuária, que proporcionou maior taxa de sobrevivência da prole e aumento da população. Atualmente, nossa sociedade, em sua maioria, mora nas grandes cidades que a força a ter um estilo de vida sedentário. E sem gastar as calorias consumidas diariamente, pelas cada vez mais enriquecida alimentação industrializada, temos uma epidemia de hipertensão e obesidades. E assim, temos as três principais síndromes metabólicas da humanidade. Podemos defini-las como um conjunto de condições que aumentam o risco de doença cardíaca, acidente vascular cerebral e diabetes. Dentre elas temos hipertensão arterial, nível elevado de açúcar no sangue, excesso de gordura corporal em torno da cintura e níveis de colesterol anormais. Assim, uma parcela considerável da população, acometida por estas, possui aumento do risco de ter ataque cardíaco e acidente vascular encefálico. Além de uma grande circunferência da cintura, a maioria dos distúrbios associados à síndrome metabólica não apresenta sintomas. Porém o quadro pode ser facilmente revertido, pois perda de peso, prática de exercícios físicos, dieta saudável e abandono do cigarro podem ajudar. Embora também possa haver prescrição de medicamentos.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 2, intitulado “EXERCÍCIO FÍSICO E A CONTRIBUIÇÃO PARA MELHORIA DO METABOLISMO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL”.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....11

PERFIL DOS HIPERTENSOS DO MUNICÍPIO DE PAULO AFONSO, BA NO PERÍODO DE 30 DE MAIO A 30 DE JUNHO DE 2019

Sabrine Canonici M. de Carvalho

Patrícia Avello Nicola

Adriana Gradela

DOI: 10.47094/978-65-88958-15-5/11-21

CAPÍTULO 2.....22

EXERCÍCIO FÍSICO E A CONTRIBUIÇÃO PARA MELHORIA DO METABOLISMO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Marli Christiane Nogueira de Amorim

Aldair de Lima Silva

Gealine Monteiro Bezerra

Esdrayani Anadias de Souza

Bianca Isabel Nunes Tavares

Seliane de Moraes Oliveira

Maria Tatiane Monteiro Bezerra

Helio Cecílio Cordeiro

Igor dos Santos Silva

Ilma da Silva Campos

Eulane Nunes Lima

Lívia Maria Silva Galvão

DOI: 10.47094/978-65-88958-15-5/22-28

CAPÍTULO 3.....29

ASSOCIAÇÃO ENTRE O GÊNERO E O AUTOCUIDADO EM PACIENTES HIPERTENSOS DE PAULO AFONSO, BA

Sabrine Canonici M. de Carvalho

Patrícia Avello Nicola

Adriana Gradela

DOI: 10.47094/978-65-88958-15-5/29-38

CAPÍTULO 4.....39

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA NO HOSPITAL REGIONAL DA XI GERES - PERNAMBUCO

Kauanne Araújo Barbosa Ribeiro

Jéssika Cristina de Lima

Eduardo Sales Oliveira

Kamille Fabres Neves

Misael Cavalcanti Angelim Neto

Pedro Anderson Ferreira Quirino

Rebeca Talita de Souza Siqueira

George Alessandro Maranhão Conrado

Valda Lúcia Moreira Luna

Jurandy Júnior Ferraz de Magalhães

Marcela Silvestre Outtes Wanderley

DOI: 10.47094/978-65-88958-15-5/39-48

CAPÍTULO 5.....49

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DAS PARTURIENTES COM SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NO HOSPITAL REGIONAL DA XI GERES – PERNAMBUCO

Misael Cavalcanti Angelim Neto

Rebeca Talita de Souza Siqueira

Débora Rayssa Siqueira Silva

Jéssika Cristina de Lima

Eduardo Sales Oliveira

Kamille Fabres Neves

Kauanne Araújo Barbosa Ribeiro

Pedro Anderson Ferreira Quirino

Jurandy Júnior Ferraz de Magalhães

Valda Lúcia Moreira Luna

Marcela Silvestre Outtes Wanderley

George Alessandro Maranhão Conrado

DOI: 10.47094/978-65-88958-15-5/49-58

CAPÍTULO 6.....59

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO PRÉ OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Gabriel José Tarcisio Rodrigues

Daniela Lemos Maciel

Lorena Lourdes de Oliveira Paula

Julia de Fatima Martins Pereira

Francielle Cristina Soares

Juliana Ribeiro Gouveia Reis

DOI: 10.47094/978-65-88958-15-5/59-78

CAPÍTULO 7.....79

OBESIDADE E GESTAÇÃO: APLICAÇÃO DO ARCO DE MANGUEREZ

Márcia Vannusa Vieira

Antônia Jaíne Gomes Barboza

DOI: 10.47094/978-65-88958-15-5/79-90

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DAS PARTURIENTES COM SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NO HOSPITAL REGIONAL DA XI GERES – PERNAMBUCO

Misael Cavalcanti Angelim Neto

Universidade de Pernambuco – *Campus* Serra Talhada / Serra Talhada (Pernambuco)

<http://lattes.cnpq.br/4497236827094537>

Rebeca Talita de Souza Siqueira

Universidade de Pernambuco – *Campus* Serra Talhada / Serra Talhada (Pernambuco)

<http://lattes.cnpq.br/8093979624272536>

Débora Rayssa Siqueira Silva

Universidade de Pernambuco – *Campus* Serra Talhada / Serra Talhada (Pernambuco)

<http://lattes.cnpq.br/2122488813521267>

Jéssika Cristina de Lima

Universidade de Pernambuco – *Campus* Serra Talhada / Serra Talhada (Pernambuco)

<http://lattes.cnpq.br/2093837662573276>

Eduardo Sales Oliveira

Universidade de Pernambuco – *Campus* Serra Talhada / Serra Talhada (Pernambuco)

<http://lattes.cnpq.br/9616992068441209>

Kamille Fabres Neves

Universidade de Pernambuco – *Campus* Serra Talhada / Serra Talhada (Pernambuco)

<http://lattes.cnpq.br/9073900762513970>

Kauanne Araújo Barbosa Ribeiro

Universidade de Pernambuco – *Campus* Serra Talhada / Serra Talhada (Pernambuco)

<http://lattes.cnpq.br/8302074980533002>

Pedro Anderson Ferreira Quirino

Universidade de Pernambuco – *Campus* Serra Talhada / Serra Talhada (Pernambuco)

<http://lattes.cnpq.br/4278351437268516>

Jurandy Júnior Ferraz de Magalhães

Universidade de Pernambuco – *Campus* Serra Talhada / Serra Talhada (Pernambuco)

<http://lattes.cnpq.br/9040098423174997>

<https://orcid.org/0000-0003-2774-4627>

Valda Lúcia Moreira Luna

Universidade de Pernambuco – *Campus* Serra Talhada / Serra Talhada (Pernambuco)

<http://lattes.cnpq.br/5057542165097998>

<https://orcid.org/0000-0002-1810-7565>

Marcela Silvestre Outtes Wanderley

Universidade de Pernambuco – Instituto de Ciências Biológicas/ Recife (Pernambuco)

<http://lattes.cnpq.br/6672087087943454>

<https://orcid.org/0000-0002-4236-5820>

George Alessandro Maranhão Conrado

Universidade de Pernambuco – *Campus* Serra Talhada / Serra Talhada (Pernambuco)

<http://lattes.cnpq.br/7790433043049357>

<https://orcid.org/0000-0001-6649-577X>

RESUMO: Introdução: As síndromes hipertensivas na gestação são causas recorrentes de morbimortalidade materna e fetal que podem ocasionar sintomas característicos nas gestantes. Objetivo: Descrever as características clínicas observadas na admissão das parturientes internadas no Hospital Regional da XI GERES, no sertão pernambucano, de acordo com a classificação dos níveis tensionais na sua admissão. Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, observacional e descritivo. Foram avaliados 1.986 prontuários de parturientes, sendo analisados os dados clínicos relacionados ao atendimento inicial. Resultados: Houve maior presença de mucosas hipocoradas, edema, náuseas, vômitos e cefaleia nas mulheres com síndromes hipertensivas sem sinais de gravidade (SHSSG) e com sinais de gravidade (SHCSG); mais dor epigástrica e convulsão nas SHCSG. A média de pressão arterial sistólica nas mulheres com SHSSG foi de 135,35 mmHg e de 167,27 mmHg nas SHCSG, enquanto a média de pressão arterial diastólica foi de 90,72 mmHg nas

SHSSG e 104,85 mmHg nas SHCSG. Houve menor dilatação cervical nas mulheres com SHCSG. Conclusão: Este estudo trouxe conhecimento acerca das características clínicas das parturientes da região, que, até então, por não haver estudos locais, eram utilizados dados nacionais.

PALAVRAS-CHAVE: Perfil de saúde. Saúde materna. Síndromes hipertensivas gestacionais.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PARTURIENTS WITH HYPERTENSIVE DISORDERS AT THE XI GERES REGIONAL HOSPITAL - PERNAMBUCO

ABSTRACT: Introduction: Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) are recurrent causes of maternal and fetal morbidity and mortality and can present with characteristic signs and symptoms in pregnant women. Objective: This study aimed to describe the clinical characteristics observed in the admission of parturients admitted to the Regional Hospital of XI GERES, in the interior of Pernambuco, according to the classification of blood pressure levels on their admission. Methodology: This is a quantitative, cross-sectional, observational and descriptive study. The clinical data related to initial care of 1,986 medical records of parturients were evaluated. Results: There was a greater presence of pale mucous membranes, edema, nausea, emesis and headache in women with HDP without severities and HDP with severities; more epigastric pain and seizure were registered in patients with HDP with severities. The average systolic blood pressure in women with HDP without severities was 135.35 mmHg and 167.27 mmHg in HDP with severities, while the average diastolic blood pressure was 90.72 mmHg in HDP without severities and 104.85 mmHg in HDP with severities. There was less cervical dilation in women with HDP with severities. Conclusion: This study brought out knowledge of the clinical characteristics of the parturients of the region, until then, only national data were used because of the lack of local studies.

KEY WORDS: Health Profile. Maternal Health. Hypertensive Disorders of Pregnancy.

INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas na gestação (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão gestacional e hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta) são recorrentes causas de morbimortalidade materna e fetal (WILKERSON; OGUNBODEDE, 2019). Presentes em 3 a 10% de todas as gestações (BERNARDES, 2019), os distúrbios hipertensivos associam-se ao histórico de diabetes gestacional, obesidade, nuliparidade ou parto múltiplo, idade materna menor que 20 ou maior que 35 anos e trombofilias (ANTZA; CIFKOVA; KOTSIS, 2018).

Com frequência, gestantes com distúrbios hipertensivos desenvolvem pré-eclâmpsia (PE), doença multissistêmica caracterizada pela hipertensão de início recente após a 20ª semana gestacional (STAFF, 2019). Até 40% das gestantes com hipertensão crônica podem desenvolver PE sobreposta,

e 15% a 46% das gestantes com hipertensão gestacional desenvolverão PE (WILKERSON; OGUNBODEDE, 2019). O diagnóstico de PE abrange a hipertensão acompanhada de proteinúria, disfunção de órgãos maternos ou hematológicos e/ou disfunção uteroplacentária (BURTON, 2019). No entanto, nos últimos anos, valoriza-se menos a necessidade de proteinúria (WILKERSON; OGUNBODEDE, 2019).

Nessas condições, a gestante pode apresentar queixas de cefaleia, alterações visuais, dor no quadrante superior direito (envolvimento hepático) e piora súbita do edema nos membros inferiores. Além disso, o exame fundoscópico pode estar alterado em até 50% das pacientes com alguma síndrome hipertensiva da gravidez. As características graves da pré-eclâmpsia incluem pressão arterial maior que 160/110 mmHg, lesão renal aguda, função hepática alterada, dor abdominal intensa, edema pulmonar e distúrbios do sistema nervoso central, fatores de risco para eclâmpsia (WILKERSON; OGUNBODEDE, 2019).

A redução na mortalidade e morbidade materna e fetal alcançada nos últimos anos dependeu da melhoria do conhecimento clínico e dos cuidados à gestante (BURTON, 2019). Nessa perspectiva, este artigo analisa as características clínicas observadas na admissão das parturientes internadas no Hospital Regional da XI GERES - Pernambuco, de acordo com a classificação dos níveis tensionais na sua admissão.

MATERIAIS E MÉTODOS

Essa investigação teve caráter quantitativo, transversal, observacional e descritivo. Foram revistos prontuários de 1.986 parturientes internadas no setor de obstetrícia do Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães (HOSPAM), localizado em Serra Talhada, sede da XI GERES de Pernambuco, entre 01 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2016. Em 186 casos, não houve o registro da pressão arterial na admissão. Dos 1800 prontuários em que havia o registro, 1.546 (85,89%) parturientes tinham pressão arterial normal (PAN), 188 (10,44%) apresentavam síndrome hipertensiva sem sinais de gravidade (SHSSG) e 66 (3,67%), síndrome hipertensiva com sinais de gravidade (SHCSG).

Para essa classificação, considerou-se PAN quando a pressão arterial sistólica (PAS) foi inferior a 140 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) inferior a 90 mmHg; SHSSG, quando a PAS se encontrava entre 140 mmHg e 160 mmHg e/ou a PAD se encontrava entre 90 mmHg e 110 mmHg e SHCSG, quando a PAS foi igual ou superior a 160 mmHg e/ou a PAD igual ou superior a 110 mmHg (BERNARDES *et al.*, 2019). Com relação ao atendimento, foram analisados os sintomas relatados pela paciente, os sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca de pulso, frequência respiratória e pressão arterial) e as informações do exame geral (estado geral, palidez e edema) e obstétrico (dilatação cervical, frequência cardíaca fetal, apresentação, posição, situação, insinuação, integridade das membranas e aspecto do líquido amniótico); além da idade gestacional.

Empregou-se o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) – versão 26 para avaliação

estatística. Foi utilizado o teste do Qui-quadrado de Pearson para a análise de dados categóricos em amostras independentes, quando atendidos os pressupostos e, quando os pressupostos não foram atendidos, utilizou-se a Razão de verossimilhança. Para a comparação de dados numéricos em mais de duas amostras independentes, foi utilizada a análise da variância unidirecional.

Não houve necessidade de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por se tratar de investigação com dados secundários, mas o estudo estava conforme as diretrizes estabelecidas pelas resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade de Pernambuco sob o CAAE: 67452016.8.0000.5207.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do ponto de vista clínico, foram avaliados diversos sinais e sintomas. Não houve diferença estatisticamente significativa com relação ao estado geral, queixa de dor de um modo geral, dor lombar, queixas urinárias, febre/calafrios, corrimento genital e/ou prurido, sangramento genital, perda de tampão mucoso, perda de líquido amniótico e tontura/escotomas.

Os sinais e sintomas com diferença estatisticamente significativa estão evidenciados na Tabela 1. Nas mulheres com SHSSG e SHCSG, observou-se maior presença que o esperado de mucosas hipocoradas: Razão de verossimilhança (2) = 13,57, $p = 0,001$; edema: $X^2 (2) = 169,90$, $p < 0,0001$; cefaleia: Razão de verossimilhança (2) = 31,34, $p = 0,0001$; náuseas e vômitos: Razão de verossimilhança (2) = 12,02, $p = 0,002$; e sensação de elevação da pressão arterial: Razão de verossimilhança (2) = 20,07, $p < 0,0001$. Por sua vez, comparadas com as mulheres com PAN e SHSSG, as mulheres com SHCSG queixaram-se menos de dor pélvica: $X^2 (2) = 13,95$, $p = 0,001$; e apresentaram mais dor epigástrica: Razão de verossimilhança (2) = 6,60, $p = 0,037$; e convulsões: Razão de verossimilhança (2) = 9,72, $p = 0,008$.

Tabela 1. Distribuição das gestantes de acordo com os sinais e sintomas na admissão para os grupos de pressão arterial normal e grupos de síndromes hipertensivas com ou sem sinais de gravidades.

Sinais e sintomas		PAN	SHSSG	SHCSG
Mucosa	Corada	1369 (97,50%)	158 (95,80%)	55 (87,30%)
	Hipocorada	35 (2,50%)	7 (4,20%)	8 (12,70%)
	Total	1404 (100%)	165 (100%)	63 (100%)
Edema	Sim	258 (19,60%)	91 (56,20%)	39 (73,60%)
	Não	1060 (80,40%)	71 (43,80%)	14 (26,40%)
	Total	1318 (100%)	162 (100%)	53 (100%)
Cefaleia	Sim	4 (0,30%)	5 (2,90%)	6 (9,70%)
	Não	1427 (99,70%)	170 (97,10%)	56 (90,30%)
	Total	1431 (100%)	175 (100%)	62 (100%)
Náuseas/vômitos	Sim	1 (0,10%)	2 (1,10%)	2 (3,20%)
	Não	1430 (99,90%)	173 (98,90%)	60 (96,80%)
	Total	1431 (100%)	175 (100%)	62 (100%)

Sensação de elevação da pressão arterial	Sim	0 (0%)	3 (1,70%)	2 (3,20%)
	Não	1431 (100%)	172 (98,30%)	60 (96,80%)
	Total	1431 (100%)	175 (100%)	62 (100%)
Dor pélvica	Sim	1227 (82,00%)	154 (85,60%)	43 (65,20%)
	Não	270 (18,00%)	26 (14,40%)	23 (34,80%)
	Total	1497 (100%)	180 (100%)	66 (100%)
Dor epigástrica	Sim	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,60%)
	Não	1431 (100%)	175 (100%)	61 (98,40%)
	Total	1431 (100%)	175 (100%)	62 (100%)
Convulsão	Sim	1 (0,10%)	0 (0%)	2 (3,20%)
	Não	1430 (99,90%)	175 (100%)	60 (96,80%)
	Total	1431 (100%)	175 (100%)	62 (100%)

PAN: Pressão arterial normal; SHSSG: Síndrome hipertensiva sem sinais de gravidade; SHCSG: Síndrome hipertensiva com sinais de gravidade.

O quadro clínico apresentado por essas parturientes reflete de modo global, a ação de diversos fatores inflamatórios endoteliais, particularmente nas SHCSG, já que as síndromes hipertensivas da gestação configuram repercussões sistêmicas (WILKERSON; OGUNBODEDE, 2019). No entanto, as síndromes hipertensivas podem não manifestar o quadro clínico clássico inicialmente e sintomas como dor epigástrica e convulsões, apresentados em maior proporção por gestantes com SHCSG no presente estudo, frequentemente anunciam uma crise terminal como, a eclâmpsia ou a síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas, plaquetas baixas), requerendo interrupção da gravidez (BURTON *et al.*, 2019).

Um estudo nacional sobre o perfil epidemiológico de gestantes com distúrbios hipertensivos realizado em maternidade pública do Maranhão evidenciou quadro clínico semelhante ao apresentado pelas pacientes do presente trabalho, evidenciando predominância de dor epigástrica associada a distúrbio visual e cefaleia em 42,30% dos casos; cefaleia isolada em 10,30%; dor em baixo ventre associada a cefaleia em 22,70%; dor pélvica em 17,50%; e tontura, náuseas e vômitos em 3,10%. Contudo, o estudo não distinguiu o quadro clínico apresentado pelas pacientes com e sem sinais de gravidade (NETO *et al.*, 2018).

Santos *et al.* (2018), por sua vez, em sua pesquisa sobre a implementação de protocolos de ação na pré-eclâmpsia em uma maternidade do município de Divinópolis – MG, registrou a presença de dois ou mais sintomas característicos das síndromes hipertensivas em 41,40% dos prontuários analisados. Entretanto, também não distinguiu o quadro clínico das pacientes hipertensas com e sem sinais de gravidade.

Com relação aos sinais vitais no momento da admissão, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes com relação à temperatura, frequência cardíaca ou frequência respiratória. A Tabela 2 apresenta dados referentes à pressão arterial dessas pacientes: a média da PAS para o grupo de PAN foi 113,42 mmHg; para o grupo de SHSSG foi 135,35 mmHg e para o grupo de SHCSG foi 167,27 mmHg, com diferença estatisticamente significativa: $F(2, 1797) = 1410,88$,

$p < 0,0001$. Com relação à PAD, a média para o grupo de PAN foi 72,58 mmHg; para o grupo de SHSSG foi 90,72 mmHg e para o grupo de SHCSG foi 104,85 mmHg; dados estatisticamente significantes: $F(2, 1797) = 1036,30$, $p < 0,0001$. Com relação à média da pressão arterial média (PAM), as parturientes com PAN apresentaram 86,19 mmHg; o grupo de SHSSG, 105,59 mmHg e o grupo de SHCSG, 125,66 mmHg, com significância estatística: $F(2, 1797) = 1630,53$, $p < 0,0001$.

Tabela 2. Médias dos níveis pressóricos de PAS, PAD e PAM para os grupos de pressão arterial normal e de síndromes hipertensivas com ou sem sinais de gravidade.

Valores médios da Pressão arterial	N	PAS	PAD	PAM
PAN	1546	113,42	72,58	86,18
SHSSG	188	135,35	90,72	105,59
SHCSG	66	167,27	104,85	125,65

PAS: Pressão arterial sistólica; PAD: Pressão arterial diastólica; PAM: Pressão arterial média; PAN: Pressão arterial normal; SHSSG: Síndrome hipertensiva sem sinais de gravidade; SHCSG: Síndrome hipertensiva com sinais de gravidade.

Os níveis tensionais apresentados pelas mulheres com síndromes hipertensivas, especialmente nas SHCSG, refletem um pior desfecho materno-fetal se não houver controle clínico ou interrupção da gestação em tempo hábil. Em vista disso, altas pressões arteriais com sinais de severidade estão associadas ao desenvolvimento de sintomas importantes e evolução para fases terminais dos transtornos hipertensivos e pior prognóstico fetal devido à falha nas trocas materno-fetais, com maior risco de parto prematuro iatrogênico e baixas taxas de peso ao nascer (HUTCHEON *et al.*, 2011).

Ao analisar o exame obstétrico de admissão, não houve diferença estatisticamente significativa em relação à apresentação ou posição fetal e aspecto do líquido amniótico. Conforme a Tabela 3 demonstra, houve diferença estatisticamente significativa com relação à situação fetal no momento da admissão, observando-se mais fetos transversos e oblíquos na presença de síndromes hipertensivas, com Razão de verossimilhança (4) = 10,11, $p = 0,039$. Com relação à insinuação fetal, observou-se que, no momento da admissão, os fetos de mães com PAN estavam mais baixos que os fetos de mães que apresentavam síndrome hipertensiva: Razão de verossimilhança (8) = 21,98, $p = 0,005$. Também houve diferença estatisticamente significativa em relação à presença de rotura das membranas amnióticas no momento da admissão, observando-se maior ocorrência de rotura amniótica em mulheres com síndrome hipertensiva: $X^2(2) = 6,85$, $p = 0,033$.

Tabela 3. Distribuição das gestantes de acordo com a estática fetal e integridade das membranas amnióticas na admissão para os grupos com pressão arterial normal e grupos com síndromes hipertensivas com ou sem sinais de gravidades.

		PAN	SHSSG	SHCSG
Situação	Longitudinal	1326 (99,50%)	159 (98,10%)	54 (96,40%)
	Transverso	7 (0,50%)	3 (1,90%)	1 (1,80%)
	Oblíquo	0	0	1 (1,80%)
	Total	1333 (100%)	162 (100%)	56 (100%)
Insinuação	Livre	125 (11,60%)	22 (18,50%)	9 (24,30%)
	Ajustado	418 (38,90%)	58 (48,70%)	12 (37,80%)
	Fixo	475 (44,20%)	32 (26,90%)	11 (29,70%)
	Encaixado	51 (4,70%)	7 (5,90%)	3 (8,10%)
	Profundamente encaixado	6 (0,60%)	0 (0%)	0 (0%)
	Total	1075 (100%)	119 (100%)	37 (100%)
Integridade das membranas	Íntegra	984 (81,60%)	109 (72,70%)	38 (79,20%)
	Rota	222 (18,40%)	41 (27,30%)	10 (20,80%)
	Total	1206 (100%)	150 (100%)	48 (100%)

PAS: Pressão arterial sistólica; PAD: Pressão arterial diastólica; PAM: Pressão arterial média; PAN: Pressão arterial normal; SHSSG: Síndrome hipertensiva sem sinais de gravidade; SHCSG: Síndrome hipertensiva com sinais de gravidade.

Não houve significância estatística quanto à ausculta cardiorfetal. Com relação à dilatação cervical, foi observada uma menor dilatação no momento da admissão no conjunto das mulheres com SHCSG, com média de 2,79 cm, em relação ao conjunto das mulheres com SHSSG, cuja média foi de 3,75 cm, e mulheres com PAN, cuja média foi de 3,86 cm de dilatação, sendo isso estatisticamente significativo: $F(2, 1614) = 4,60$, $p = 0,01$. O valor médio da dilatação cervical na admissão das gestantes com SHCSG indica que estas não foram admitidas em fase ativa do trabalho de parto. Este achado pode falsear um trabalho de parto duradouro, se não houver interrupção da gestação, e levar a respostas insatisfatórias à indução do parto, com mais indicações de cesárea para resolução do quadro (PRETSCHER *et al.*, 2020).

Com relação à idade gestacional (IG) baseada na data da última menstruação, observou-se diferença estatisticamente significativa entre a IG das mulheres com SHCSG, cuja média foi de 37,55 semanas, e as mulheres com SHSSG, cuja média foi de 38,90 semanas. A média da IG das mulheres com PAN foi de 38,34 semanas, colocando-se entre as duas anteriores. Isso foi estatisticamente significativo: $F(2, 804) = 3,27$, $p = 0,038$. Com relação à IG baseada no cálculo da ultrassonografia, observou-se diferença estatisticamente significativa entre a IG do conjunto das mulheres com SHCSG, cuja média foi de 36,33 semanas, e a IG do conjunto das mulheres com SHSSG, cuja média foi de 38,74 semanas e das mulheres com PAN, que foi de 38,63 semanas: $F(2,406) = 4,06$, $p = 0,018$.

Dessa forma, percebeu-se que a IG foi menor em pacientes com SHCSG. Arelado a esse achado, encontra-se a antecipação do parto nessas gestantes devido ao pior prognóstico associado aos quadros clínicos mais severos, que muitas vezes indicam estágio terminal das síndromes

hipertensivas e necessitam da retirada da placenta e do feto. Além disso, a menor média de IG pode estar relacionada à prematuridade e às baixas medidas antropométricas apresentadas pelos recém-nascidos, complicações frequentes das síndromes hipertensivas gestacionais, como mostrado em um estudo realizado na região Sul do Brasil, para avaliar resultados maternos e perinatais em gestantes hipertensas, no qual a prematuridade esteve presente em maior parte em filhos de mães hipertensas (54,50%), enquanto esteve presente em 17,80% dos filhos de normotensas (SIMON *et al.*, 2019). Além disso, é importante notar que a maior parte das mulheres com SHCSG foram admitidas com menor dilatação e sem estar em trabalho de parto franco.

O presente estudo apresentou limitações por apresentar dados de um único serviço da região e se tratar de um corte transversal, trazendo informações apenas de um período de três anos. Também não foi possível distinguir as pacientes com pré-eclâmpsia das hipertensas crônicas com base nas informações registradas nos prontuários.

CONCLUSÃO

Com os resultados apresentados no presente estudo, percebe-se a relevância de conhecer as características clínicas e a ocorrência de síndromes hipertensivas na gestação entre as mulheres do sertão pernambucano, bem como a relação de tais características com a gravidade dos transtornos, visto que o manejo das pacientes e os desfechos maternos e fetais dependem desses fatores. Logo, esse artigo ajuda a compreender melhor o comportamento clínico dessas síndromes nas mulheres da região.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Os autores do capítulo intitulado “Características clínicas das parturientes com síndromes hipertensivas no Hospital Regional da XI GERES – Pernambuco” declaram que não há conflito de interesse e tornam pública a sua responsabilidade pelo conteúdo apresentado, informando que esta publicação representa um trabalho original, em que houve participação efetiva de todos os autores relacionados e a versão final do manuscrito foi aprovada por todos os autores.

REFERÊNCIAS

ANTZA, C.; CIFKOVA, R.; KOTSIS, V. *Hypertensive complications of pregnancy: A clinical overview*. **Metabolism**, v. 86, p. 102-111, 2018.

BERNARDES *et al.* *Delivery or expectant management for prevention of adverse maternal and neonatal outcomes in hypertensive disorders of pregnancy: an individual participant data meta-analysis*. **Ultrasound Obstet Gynecol**, v. 53, p. 443-453, 2019.

- BURTON, G. J. *et al.* *Pre-eclampsia: pathophysiology and clinical implications*. **BMJ**, v. 366, p. 12381, 2019.
- HUTCHEON, J. A.; LISONKOVA, S.; JOSEPH, K. S. *Epidemiology of pre-eclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy*. **Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology**, v. 25, n. 4, p. 391-403, 2011.
- NETO, J. R. S. *et al.* Associação entre o perfil clínico e sociodemográficos das gestantes com pré-eclâmpsia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 10, p. 1277-1286, 2018.
- PRETSCHER, J. *et al.* *Influence of Preeclampsia on Induction of Labor at Term: A Cohort Study*. **In Vivo**, v. 34, n. 3, p. 1195-1200, 2020.
- SANTOS, B. C. L. *et al.* Importância da implementação de protocolos de ação na pré-eclâmpsia. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 502-10, 2015.
- SIMON, C. M. *et al.* Doença hipertensiva gestacional: resultados maternos e perinatais em gestantes hipertensas. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, v. 6, n. 6, p. 126-138, 2019.
- STAFF, A. C. *The two-stage placental model of preeclampsia: An update*. **Journal of Reproductive Immunology**, v. 134-135, p. 1-10, 2019.
- WILKERSON, R. G.; OGUNBODEDE, A. C. *Hypertensive Disorders of Pregnancy*. **Emerg Med Clin North Am**, v. 37, n. 2, p. 301-316, 2019.

ÍNDICE REMISSIVO

A

alimentação 6, 25, 27, 71, 72, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88

Alimentação 79, 84

alterações no sistema respiratório 60, 61

anabolismo fisiológico 79

autocuidado 20, 29, 31, 33

C

cirurgia bariátrica 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78

consumo calórico 79, 80, 82

controle de sal na dieta 29

controle pressórico 29, 31, 34, 35

Cuidados Pré-Operatórios 60

D

diabetes 6, 11, 12, 20, 26, 38, 51, 74, 78, 81, 83

Diabetes Gestacional 79

dieta 6, 12, 29, 31, 33, 34, 35, 72, 84, 85

disfunções na mecânica respiratória 60, 61

doença crônica 30, 33, 79

Doença Hipertensiva Específica da Gravidez 79

doença hipertensiva não classificável 41

doenças cardiovasculares 20, 23, 24, 26, 37, 61

E

eclâmpsia 41, 45, 46, 51, 52, 54

educação alimentar 79, 86, 87, 88

exercícios aeróbicos 60, 71, 74, 76

exercícios de flexibilidade 60, 71, 74, 75, 76

exercícios respiratórios 60, 74, 75, 76

F

fatores genéticos 79, 80, 82, 83

Fisioterapia 59, 60, 62, 76, 77, 78

G

gestação 41, 43, 46, 47, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90

H

hábitos alimentares 24, 27, 33, 79, 84, 85

Hipertensão 11, 18, 20, 23, 24, 28, 29, 36, 37, 38, 61

hipertensão arterial sistêmica (HAS) 11, 12, 23, 30

hipertensão crônica 41, 46, 51

hipertensão transitória 41

I

idade gestacional 40, 42, 46, 52, 56

inatividade física 79, 83

intervenção cirúrgica 60, 61, 76

M

medicação 17, 29, 31, 35

medicação anti-hipertensiva 17, 29, 31, 35

morbimortalidade materno-infantil 40, 41

mortalidade materna 40, 41

mortalidade perinatal 41

O

obesidade 11, 13, 17, 18, 19, 26, 51, 60, 61, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89

obesidade e gestação 79

P

Perfil de saúde 41, 51

perfil epidemiológico 40, 42, 54

período gestacional 79, 83, 84, 85

período pós operatório 60, 62

pico hipertensivo 41

prática de atividade física 66, 73, 79, 80, 82

pré-eclâmpsia 41, 45, 46, 51, 52, 54, 57, 58, 85

pré-natal 44, 79, 84, 85, 86

pressão arterial 17, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 35, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 50, 52, 53, 54, 55, 56

Prevenção 19, 23

problema de saúde 11, 30, 79, 84

Q

quadro hipertensivo 29, 35

qualidade de vida 23, 24, 26, 28, 36, 67, 71, 73, 74, 75

S

Saúde masculina 11, 18

Saúde materna 41, 51

Saúde Pública 18, 23, 36, 77, 89

Sedentarismo 11, 27

síndromes hipertensivas gestacionais 40, 43, 44, 46, 47, 57

T

terapêutica medicamentosa 29, 35

treinamento intervalo de alta intensidade 60, 74, 76

treinamento muscular inspiratório 60, 73, 74, 75, 76

V

ventilação não-invasiva 60, 74, 76

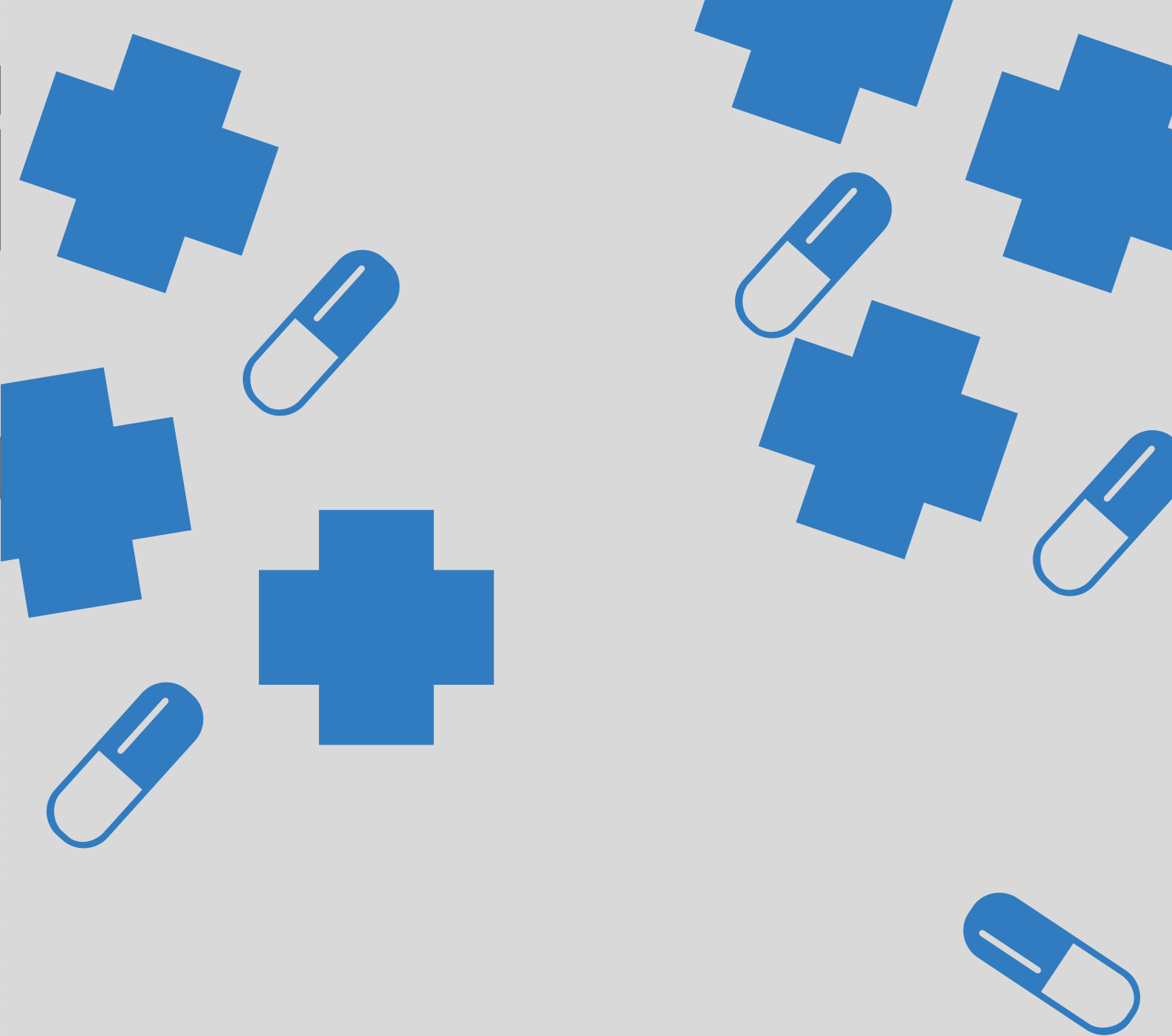
editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 