



SÍNDROMES METABÓLICAS

Volume 1

**Organizador
Daniel Luís Viana Cruz**



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 Brancaloneo

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

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

Kauanne Araújo Barbosa Ribeiro

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

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

Jéssika Cristina de Lima

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

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

Eduardo Sales Oliveira

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

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

Kamille Fabres Neves

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

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

Misael Cavalcanti Angelim Neto

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

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

Pedro Anderson Ferreira Quirino

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

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

Rebeca Talita de Souza Siqueira

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

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

George Alessandro Maranhão Conrado

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

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

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

Valda Lúcia Moreira Luna

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

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

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

Jurandy Júnior Ferraz de Magalhães

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

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

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

Marcela Silvestre Outtes Wanderley

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

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

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

RESUMO: Introdução: As síndromes hipertensivas gestacionais são responsáveis por cerca de 20% da mortalidade materna, configurando a principal causa de morbimortalidade materno-infantil. Objetivo: Este estudo visou descrever o perfil epidemiológico das parturientes internadas no hospital regional da XI GERES, no sertão pernambucano, de acordo com a classificação dos níveis tensionais na sua admissão. Metodologia: Foram analisados 2.522 prontuários, avaliando-se dados relacionados ao atendimento inicial e ao histórico social e obstétrico, sendo esse um estudo quantitativo, transversal, observacional e descritivo. Resultados: Registrou-se 1.986 partos (867 normais, 1.087 cesarianas, 16 com fórceps); média de idade de 25,23 anos; 1.546 apresentavam pressão arterial normal e 254, hipertensão. Destas, 74,00% sem sinais de gravidade (SHSSG) e 26,00% com sinais de gravidade (SHCSG). A maior parte era proveniente de Serra Talhada, parda, solteira, com 12 anos de estudo ou menos e agricultora. As gestantes com SHSSG eram mais da zona urbana e, com SHCSG, da zona rural. SHCSG ocorreu mais em jovens, primigestas, nulíparas e que nunca abortaram. A idade gestacional média nas SHCSG foi de 37,55 semanas e 38,90 semanas nas SHSSG. Conclusão: O estudo contribuiu para conhecer as características epidemiológicas da região, pois não havia estudos prévios e se utilizava dados nacionais que nem sempre se assemelham à realidade local.

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

ABSTRACT: Introduction: Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) are responsible for about 20% of maternal mortality, representing the main cause of maternal and child morbidity and mortality. Objective: The aim of this study was to describe the epidemiological profile of parturients admitted to the regional hospital of XI GERES, in the interior of Pernambuco, according to the classification of blood pressure levels at admission. Methodology: A quantitative, cross-sectional, observational and descriptive study was executed with 2,522 medical records, evaluating data related to initial care and social and obstetric history. Results: 1,986 births were recorded (867 normal births, 1,087 caesarean deliveries, 16 forceps deliveries); average age of 25.23 years; 1,546 had normal blood pressure and, 254, hypertension; of these, 74.00% without signs of severe features (HDP without severities) and 26.00% with signs of severity (HDP with severities). The majority of the patients were from Serra Talhada-PE, brown, single, with 12 years of study or less and farmers. Most of the parturients with HDP without severities were from the urban area and, those with HDP with severities, from the rural area; HDP with severities occurred more in young, primigravidae, nulliparous and patients who never had an abortion; mean gestational age in HDP with severities was 37.55 weeks and 38.90 weeks in HDP without severities. Conclusion: The study contributed to understand the epidemiological characteristics of the region, as there were no previous studies and national data were used that are not always similar to the local reality.

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

INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas na gestação são a principais causa de morbimortalidade materno-infantil no mundo, sendo responsáveis por cerca de 20% da mortalidade materna. Elas podem ser classificadas em: pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão crônica, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia associada à hipertensão arterial crônica, hipertensão transitória e doença hipertensiva não classificável (ZUGAIB, 2016).

Dentre as principais complicações da gravidez e do parto, a pré-eclâmpsia é um problema global e afeta de 5 a 8% das gestações (ABALOS *et al.*, 2014). Os casos graves da pré-eclâmpsia tendem a apresentar um pior prognóstico materno-fetal. Tal distúrbio hipertensivo se desenvolve próximo ao termo e determina comprometimento materno-fetal, o que resulta em interrupção da gestação, sendo a cesariana majoritariamente indicada. Sabe-se que o risco de complicações da cesariana é maior quando a mesma é realizada em pacientes com pré-eclâmpsia, devido a elevadas chances de hemorragia, infecção e pico hipertensivo. Os recém-nascidos, por sua vez, têm maiores riscos de prematuridade, necessidade de suporte ventilatório e maior incidência de mortalidade perinatal (STEPAN *et al.*, 2015).

Nesse contexto, faz-se necessário conhecer essas mulheres, no intuito de investigar possíveis fatores de risco, assim como predispor complicações e traçar intervenções. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi descrever o perfil epidemiológico das parturientes internadas no hospital regional da XI GERES, no sertão pernambucano, de acordo com a classificação dos níveis tensionais na sua admissão.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, observacional e descritivo, em que foram revistos prontuários de 2.522 mulheres internadas no setor de obstetria do Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães (HOSPAM), localizado na XI GERES, em Serra Talhada, Pernambuco, entre 01 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2016.

A partir dos prontuários das pacientes, foram avaliadas variáveis sociais e epidemiológicas, englobando idade, município de origem, zona de residência, cor, estado civil, escolaridade e profissão, assim como histórico obstétrico (número de gestações, partos e abortos) e idade gestacional baseada na data da última menstruação.

Conforme descrito na literatura, considerou-se que a pressão arterial foi normal quando a pressão arterial sistólica (PAS) foi inferior a 140 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) foi inferior a 90 mmHg. Considerou-se síndrome hipertensiva quando a PAS foi igual ou superior a 140 mmHg e/ou a PAD foi igual ou superior a 90 mmHg. A síndrome hipertensiva foi dividida em: sem sinais de gravidade, quando a PAS foi inferior a 160 mmHg e a PAD foi inferior a 110 mmHg; e com sinais de gravidade quando a PAS foi igual ou superior a 160 mmHg e/ou a PAD foi igual ou superior a 110 mmHg (BERNARDES *et al.*, 2019).

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

O programa estatístico empregado para inserção e análise dos dados foi o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) – versão 26. Por se tratar de dados secundários, analisando os prontuários disponíveis no arquivo da instituição, não houve necessidade de obter a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, mas o estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade de Pernambuco, estando conforme as diretrizes estabelecidas pelas resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sob o CAAE: 67452016.8.0000.5207.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período analisado, foram registrados 1.986 partos no HOSPAM. Desses, 867 foram partos normais, 1.087 cesarianas, 16 partos a fórceps e, em 16 casos, não houve registro do tipo de parto. Houve o registro da idade em 1980 prontuários, com média de $25,23 \pm 6,43$ anos, sendo a idade mínima de 13 e a máxima de 46 anos. Considerando o registro da pressão arterial, 1.546 mulheres apresentavam pressão arterial normal, 254 apresentavam hipertensão arterial e, em 186 casos, essa informação não foi registrada.

As síndromes hipertensivas da gestação foram registradas em 12,78% das mulheres, dentre as quais 188 (74,00%) não apresentavam sinais de gravidade (SHSSG) e 66 (26,00%), tinham sinais de gravidade (SHCSG). A prevalência de síndrome hipertensiva gestacional encontrada na população estudada corrobora com estudo realizado em hospital do sul do Brasil por Kerber e Melere (2017), cuja prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais foi de 11,10%.

Analisando os dados referentes a 1.795 (90,38%) mulheres quanto à distribuição dos níveis pressóricos pela faixa etária, as gestantes com síndrome hipertensiva com sinais de gravidade eram mais jovens que as mulheres sem sinais de gravidade. Isso foi estatisticamente significativo, com Razão de Verossimilhança (6) = 16,71, $p = 0,01$, conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das gestantes de acordo com as faixas etárias para os grupos de pressão arterial normal e grupos de síndromes hipertensivas com ou sem sinais de gravidade.

Divisão por idade	PAN	SHSSG	SHCSG	Total
Menor que 20 anos	346 (22,50%)	37 (19,70%)	18 (27,30%)	401 (22,30%)
Entre 20 e 29 anos	819 (53,10%)	85 (45,20%)	33 (50,00%)	937 (52,20%)
Entre 30 e 39 anos	353 (22,90%)	57 (30,30%)	15 (22,70%)	425 (23,70%)
Entre 40 e 49 anos	23 (1,50%)	9 (4,80%)	0 (0%)	32 (1,80%)
Total	1541 (100%)	188 (100%)	66 (100%)	1795 (100%)

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

As médias de idade foram diferentes entre gestantes hipertensas com e sem sinais de gravidade. Os distúrbios hipertensivos sem sinais de gravidade foram diagnosticados em mulheres mais velhas, uma vez que tais mulheres estão mais sujeitas a distúrbios hipertensivos crônicos com o aumento da idade. Nos Estados Unidos, entre 1999 e 2004, percebeu-se que, das gestantes com distúrbios hipertensivos crônicos, 1 a 4% das mulheres possuíam 18 a 29 anos, enquanto 5 a 15% das mulheres estavam em faixa etária mais avançada, de 30 a 39 anos de idade (HUTCHEON *et al.*, 2011).

Em 1.800 (90,63%) prontuários havia a descrição do município de origem, havendo diferença estatisticamente significativa, com $X^2(4) = 11,67$, $p = 0,02$, conforme a Tabela 2. Observou-se maior proporção de síndromes hipertensivas entre as mulheres provenientes de Serra Talhada em comparação com as mulheres provindas de outros

municípios da XI GERES e de outras cidades mais distantes. Com relação à zona de habitação, 1.799 (90,48%) prontuários continham essa informação, havendo mais gestantes com síndrome hipertensiva sem sinais de gravidade provenientes da zona urbana e, com sinais de gravidade, da zona rural, como evidenciado na Tabela 2. Houve significância estatística: $X^2 (2) = 10,38, p = 0,006$.

Tabela 2. Distribuição das gestantes de acordo com o município de origem e zona de habitação para os grupos de pressão arterial normal e grupos de síndromes hipertensivas com ou sem sinais de gravidade.

	PAN	SHSSG	SHCSG	Total
Local de residência				
Serra Talhada	812 (52,50%)	122 (64,90%)	39 (59,10%)	973 (54,10%)
Demais cidades da XI GERES	596 (38,60%)	56 (29,80%)	23 (34,80%)	675 (37,50%)
Outros Municípios	138 (8,90%)	10 (5,30%)	4 (6,10%)	152 (8,40%)
Total	1546 (100%)	188 (100%)	66 (100%)	1800 (100,00%)
Zona de habitação				
Urbana	840 (54,40%)	120 (63,80%)	28 (42,40%)	988 (54,90%)
Rural	705 (45,60%)	68 (36,20%)	38 (57,60%)	811 (45,10%)
Total	1545 (100%)	188 (100%)	66 (100%)	1799 (100,00%)

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

Levando-se em consideração que o serviço de referência da região estudada é situado na cidade de Serra Talhada, a resolução dos casos de síndrome hipertensiva das gestantes habitantes da cidade se deu no mesmo município, enquanto mulheres de cidades da região eram encaminhadas apenas quando havia limitação no atendimento nas cidades provenientes. Por sua vez, as mulheres de cidades mais distantes eram encaminhadas para serviços de referência mais próximos ou solucionavam os casos mais graves no próprio município de origem.

A maior prevalência de transtornos hipertensivos na zona rural é consistente com um achado anterior: em estudo de caso-controle realizado para avaliar fatores de risco para distúrbios hipertensivos da gravidez entre mulheres da Etiópia, 64,50% das pacientes com distúrbios hipertensivos provinham da zona rural. Essa relação entre zona de habitação e a presença de síndromes hipertensivas gestacionais pode ocorrer devido ao início tardio do pré-natal e à menor quantidade de consultas, que podem estar associadas à demora na busca de assistência em saúde, influenciada, por sua vez, pela falta de conscientização sobre os problemas relacionados à gravidez, influências do marido e da família, influência cultural local e más experiências nas unidades de saúde (KAHSAY *et al.*, 2018).

Na população estudada, houve predominância de mulheres autodeclaradas pardas (1.746; 97,38%), solteiras (857; 47,96%), com 12 anos de estudo ou menos (1.605; 96,05%) e agricultoras (1063; 59,96%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre a pressão arterial da gestante e tais variáveis.

O número de gestações, partos e abortos estavam descrito no prontuário de 1.736 (87,41%)

mulheres, dados estes apresentados na Tabela 3. Observou-se maior presença de síndromes hipertensivas sem sinais de gravidade entre as primigestas e multigestas. As síndromes hipertensivas com sinais de gravidade ocorreram mais frequentemente entre as primigestas; dados estatisticamente significantes: $X^2(4) = 14,84$, $p = 0,005$.

A tabela 3 também evidencia a distribuição das categorias pressóricas de acordo com o número de partos, observando-se uma maior presença de síndromes hipertensivas sem sinais de gravidade em mulheres secundíparas e múltiplas. As síndromes hipertensivas com sinais de gravidade, por sua vez, ocorreram mais frequentemente entre as nulíparas. Tal achado teve relevância estatística: $X^2(4) = 18,77$, $p = 0,001$. No que tange à distribuição das categorias pressóricas de acordo com o número de abortos, observou-se uma maior presença de SHSSG entre as mulheres que tiveram um ou mais abortos anteriormente. As SHCSG ocorreram mais frequentemente entre as mulheres que nunca abortaram. Tal achado encontra-se no limite da significância: $X^2(2) = 5,99$, $p = 0,05$.

Tabela 3. Distribuição das gestantes de acordo com o número de gestações, partos e abortos para os grupos de pressão arterial normal e grupos de síndromes hipertensivas com ou sem sinais de gravidade.

	PAN	SHSSG	SHCSG	Total
Número de gestações				
Primigesta	549 (36,80%)	80 (43,20%)	32 (52,50%)	661 (38,10%)
Secundigesta	468 (31,40%)	39 (21,10%)	17 (27,90%)	524 (30,20%)
Multigesta	473 (31,70%)	66 (35,70%)	12 (19,70%)	551 (31,70%)
Total	1490 (100%)	185 (100%)	61 (100%)	1736 (100,00%)
Número de partos				
Nulípara	582 (39,10%)	92 (49,70%)	33 (54,1%)	707 (40,70%)
Primípara	511 (34,30%)	39 (21,10%)	17 (27,9%)	567 (32,70%)
Secundípara/múltipla	397 (26,60%)	54 (29,20%)	11 (18,0%)	462 (26,60%)
Total	1490 (100%)	185 (100%)	61 (100,0%)	1736 (100,00)
Número de abortos				
Nenhum aborto prévio	1318 (88,50%)	154 (83,20%)	57 (93,40%)	1529 (88,10%)
Um ou mais abortos prévios	172 (11,50%)	31 (16,80%)	4 (6,60%)	207 (11,90%)
Total	1490 (100%)	185 (100%)	61 (100%)	1736 (100,00%)

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

Sabe-se que as mulheres nulíparas têm um risco três vezes maior de pré-eclâmpsia em comparação às múltiplas. A explicação para isso decorre do pressuposto de que primíparas e nulíparas têm exposição limitada ao esperma do parceiro. Justificando essa hipótese, percebe-se que múltiplas e mulheres que tiveram perda de gravidez anterior têm menor risco de pré-eclâmpsia; enquanto maior risco é observado entre as mulheres que usam contracepção de barreira e aquelas que mudam de parceiro. Corroborando com a hipótese da primiparidade, mulheres não expostas anteriormente ao esperma de seus parceiros possuem maior risco de pré-eclâmpsia. A má adaptação imunológica tem

sido sugerida como explicação para a relação entre pré-eclâmpsia e paridade (HUTCHEON *et al.*, 2011). Semelhantemente ao presente estudo, Dias (2015), em pesquisa realizada em uma maternidade pública de Belém do Pará com gestantes hipertensas, registraram que, das gestantes com síndromes hipertensivas, 57,30% eram primigestas.

A relação entre história de abortamento anterior e a presença de síndromes hipertensivas da gestação é controversa. Acredita-se que o desfecho materno é diferente quando considerado o tipo de abortamento: induzido ou espontâneo. Em estudo realizado em 103 hospitais do Irã para avaliar gestantes internadas com história de abortamento prévio, 25,00% destas tinham diagnóstico de pré-eclâmpsia atual e 19,70% eram normotensas, indicando-se, neste estudo, que mulheres com um maior número de abortamentos espontâneos anteriores possuíam maiores chances de apresentar pré-eclâmpsia (SEPIDARKISH *et al.*, 2017). No entanto, quando comparado à história de abortamento anterior do tipo induzido, Trogstad *et al.* (2008) registrou que dois ou mais abortos induzidos reduziram o risco de pré-eclâmpsia de forma significativa, servindo como fator protetor contra transtornos hipertensivos gestacionais. Essa diferença pode ocorrer devido aos abortos espontâneos estarem mais associados a outros fatores como a infertilidade, que podem aumentar o risco de pré-eclâmpsia (TROGSTAD *et al.*, 2008).

Com relação à idade gestacional baseada na data da última menstruação, observou-se diferença estatisticamente significativa entre a idade gestacional das mulheres com síndrome hipertensiva com sinais de gravidade, cuja média foi de 37,55 semanas, e as mulheres com síndrome hipertensiva sem sinais de gravidade, cuja média foi de 38,90 semanas. A média da idade gestacional das mulheres com pressão arterial normal foi de 38,34 semanas, colocando-se entre as duas anteriores. Isso foi estatisticamente significativo: $F(2, 804) = 3,27, p = 0,038$.

A idade gestacional média encontrada nas pacientes estudadas está em conformidade com o estudo realizado por Neto *et al.* (2018), com uma população composta por gestantes internadas com diagnóstico de pré-eclâmpsia, mostrando que 75,30% das pacientes internadas apresentavam idade gestacional entre 37 a 41 semanas no momento do parto.

O presente estudo apresentou algumas limitações por ser do tipo transversal, refletindo apenas os dados de um momento definido, e por ter sido somente aplicado em uma região. Além disso, devido à falta de ferramentas clínicas, não se distinguiu as síndromes hipertensivas gestacionais em diagnóstico de pré-eclâmpsia e hipertensão crônica.

CONCLUSÃO

Na população estudada, houve alta prevalência de síndromes hipertensivas da gestação, apresentando mais sinais de gravidade as mulheres jovens, primíparas/múltiparas e provenientes da zona rural. O local de residência também se mostrou relevante, visto que pequena parte das gestantes providas de outros municípios apresentavam síndromes hipertensivas. Percebe-se com os resultados apresentados no presente estudo, que é de grande relevância conhecer a região estudada, relacionando

as características epidemiológicas das mulheres e a ocorrência de síndromes hipertensivas na gestação, visto que o manejo dessas pacientes e os desfechos maternos e fetais dependem desses fatores. Além disso, não havia estudos prévios locais, utilizando-se dados nacionais, que nem sempre se assemelham à realidade.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Os autores do capítulo intitulado: “Perfil epidemiológico de gestantes com síndrome hipertensiva no hospital 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

ABALOS *et al.* Pre-eclampsia, eclampsia and adverse maternal and perinatal outcomes: A secondary analysis of the world health organization multicountry survey on maternal and newborn health. **International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 2014, Suppl 1:14-24. doi: 10.1111/1471-0528.12629.

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.

DIAS, R. M. M. Perfil epidemiológico das mulheres com síndromes hipertensivas na gestação e sua repercussão na prematuridade neonatal em uma maternidade pública de Belém/PA. **Enfermagem Brasil**, v. 15, n. 1, p. 5-11, 2016.

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.

KAHSAY, H. B.; GASHE, F. E.; AYELE, W. M. Risk factors for hypertensive disorders of pregnancy among mothers in Tigray region, Ethiopia: matched case-control study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 18, n. 1, p. 482, 2018.

KERBER, G. F.; MELERE, C. Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 3, p. 1899-1906, 2017.

SEPIDARKISH, M.; ALMASI-HASHIANI, A.; MAROUFIZADEH, S.; VESALI, S.; PIRJANI, R.; SAMANI, R. Association between previous spontaneous abortion and pre-eclampsia during a subsequent pregnancy. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 136, n. 1, p. 83-86,

2017.

STEPAN, H.; KUSE-FOHL, S.; KLOCKENBUSCH, W.; RATH, W.; SCHAUF, B.; WALTHER, T.; SCHLEMBACH, D. Diagnosis and treatment of hypertensive pregnancy disorders. Guideline of DGGG (s1-level, awmf registry no. 015/018, december 2013). **Geburtshilfe Frauenheilkd**, v. 75, n. 9, p. 900-914, 2015.

TROGSTAD, L.; MAGNUS, P.; SKJAERV, R.; STOLTENBERG, C. Previous abortions and risk of pre-eclampsia. **International journal of epidemiology**, v. 37, n. 6, p. 1333-1340, 2008.

ZUGAIB, M. *Obstetrícia*. 3ª ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2016.

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

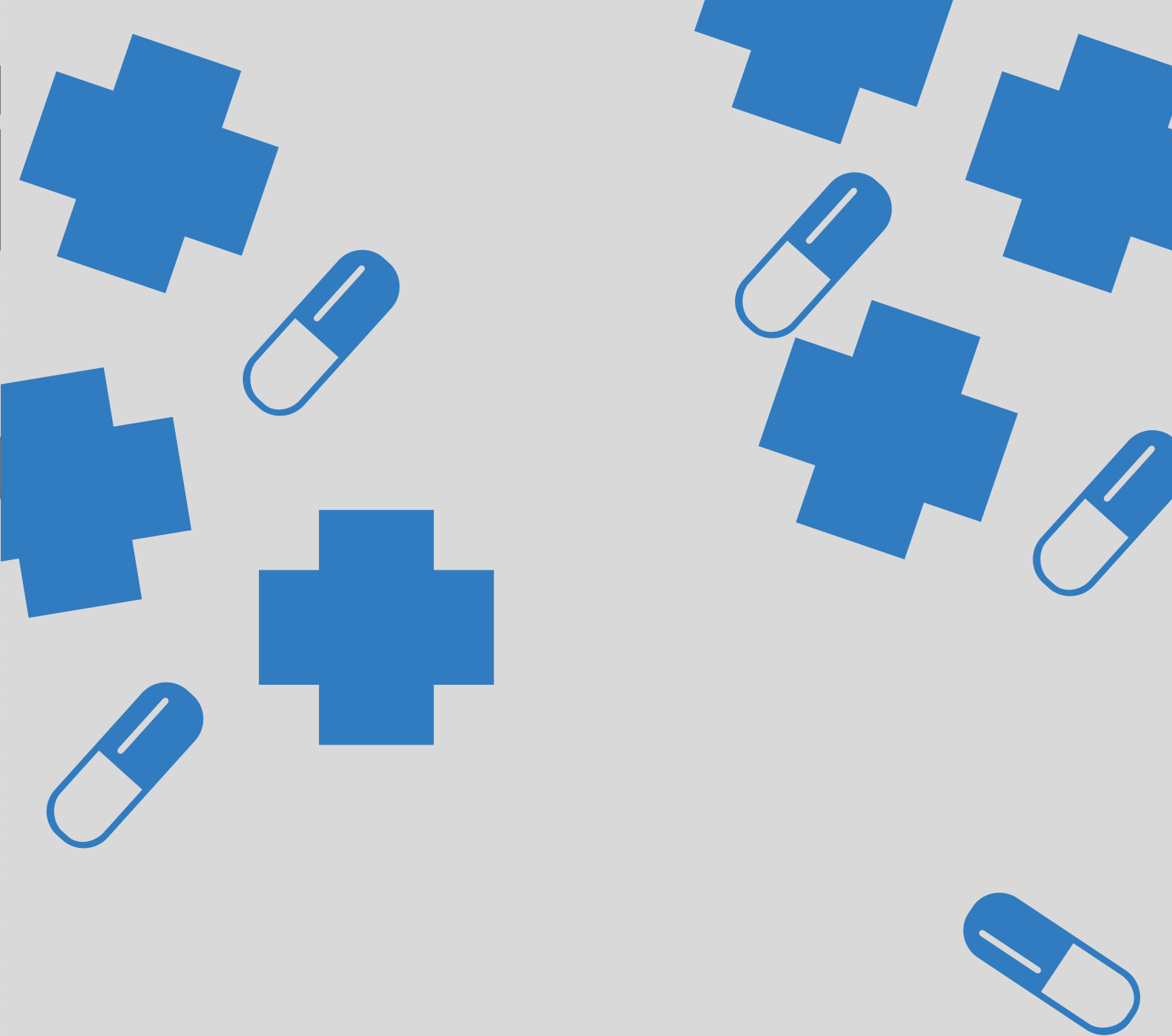
editoraomnisscientia@gmail.com 

<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 