

## **Síndromes hipertensivas específicas da gestação em adolescentes e suas repercussões maternas e perinatais: uma revisão integrativa de literatura**

### **Hypertensive syndromes specific to pregnancy in adolescents and their maternal and perinatal repercussions: an integrative literature review**

DOI:10.34117/bjdv7n3-779

Recebimento dos originais: 08/02/2021

Aceitação para publicação: 01/03/2021

#### **João Pedro Nascimento Ferreira**

Acadêmico de Medicina

Universidade Ceuma

Av. São Luís Rei de França, Residencial Mali, bloco 09 apt 01, Bairro Turu,

São Luís - MA, Brasil

E-mail: jpnascimento\_1@outlook.com

#### **Lucas Daniel Lima dos Santos**

Acadêmico de Medicina

Universidade Ceuma

Avenida Mario Andreazza, Condomínio Cidade de Milão, Torre Sul, apto 1001, Bairro

Turu, São Luís - MA, Brasil

E-mail: lucda.santos@gmail.com

#### **Ana Paula de Almeida Bacelar**

Acadêmica de Medicina

Universidade Ceuma

Rua Bacabal, 13, quadra 17, Jr Eldorado, Bairro Turu, São Luís- MA, Brasil

E-mail: anapaulabac@outlook.com

#### **Salomão Mendes Amaral**

Acadêmico de Medicina

Universidade Ceuma

Av. Monção, Dubai Residence, bloco Safira, apto 503, Bairro Renascença, São Luís -

MA, Brasil

E-mail: amaralcmrj@hotmail.com

#### **Luana Nunes Gonçalves**

Acadêmica de Medicina

Universidade Ceuma

R. Mitras, Num. 16, Apt 404, ed Luiz Gonzaga, Bairro Renascença, São Luís - MA

E-mail: luanunesg@gmail.com

#### **Andrews Matheus Reis Sousa**

Acadêmico de Medicina

Universidade Ceuma

Avenida dos Holandeses, 11. Condominio Farol da Ilha, Torre 3, Apt 84, São Luís - MA,

Brasil

E-mail: andrews.matheus@hotmail.com

**Mylena Andréa Oliveira Torres**

Doutora em Biotecnologia

Professora titular de histologia da Universidade Ceuma- Curso de Medicina

Rua Josué Montello, No. 1, Bairro Renascença II, São Luís – MA, Brasil

E-mail: mylena004822@ceuma.com.br

**Marília da Glória Martins**

Doutora em Medicina - Obstetrícia.

Professora titular da Universidade Federal do Maranhão-UFMA.

Professora titular da Universidade Ceuma- Curso de Medicina.

Rua Gerânio, N 01. Condomínio Península Way- Torre Pontal - apart 1304,

Bairro Ponta d'Areia, São Luís –MA, Brasil

E-mail: dramariliamartins14@gmail.com

**RESUMO**

A vida sexual atualmente está iniciando de forma mais precoce, em torno dos 10 aos 14 anos e nem sempre os adolescentes avaliam os riscos sobre a prática. As síndromes hipertensivas específicas gestacionais (SHEG) são a segunda causa de mortalidade materna em todo o mundo, superadas apenas pelas hemorragias. Somado a isso, podem culminar em encefalopatia, comprometimento cardíaco e renal, e coagulopatias. No Brasil, as SHEG são consideradas a primeira causa de mortalidade materna, acarretando cerca de 5 a 17% das gestantes. Sendo assim, as pacientes jovens possuem um duplo fator de risco para o desenvolvimento da doença as quais são a primiparidade e a gravidez precoce. Este trabalho teve como objetivos identificar as repercussões maternas e perinatais ocasionadas pelas síndromes hipertensivas específicas da gravidez em adolescentes, caracterizar os fatores de risco associados às SHEG nesse perfil de gestante e analisar os desfechos materno-fetais. O presente trabalho trata-se de uma revisão integrativa de literatura cuja bibliografia levantada ocorreu por meio da busca nas bases de dados Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online- SCIELO e PubMed utilizando publicações entre 2013 a 2020 e com os seguintes descritores: “síndromes hipertensivas”, “hipertensão gestacional”, “gravidez na adolescência”, “gestational hypertension”, “hypertensive disease” e “eclampsia”. A gestante adolescente já é caracterizada como gestação de alto risco a qual é imprescindível uma assistência médica de qualidade para que as complicações originadas pelas SHEG sejam minimizadas ou evitadas.

**Palavras-Chaves:** Gestação na Adolescência, Síndromes Hipertensivas, Repercussões Maternas, Repercussões Perinatais.

**ABSTRACT**

Currently, sexual life is starting at an earlier age, around 10 to 14 years old, and adolescents do not always assess the risks about the practice. Gestational specific hypertensive syndromes (SHEG) are the second leading cause of maternal mortality worldwide, surpassed only by hemorrhages. In addition, they can culminate in encephalopathy, cardiac and renal impairment, and coagulopathies. In Brazil, SHEG are considered the leading cause of maternal mortality, causing about 5 to 17% of pregnant women. Thus, the young patients have a double risk factor for the development of the disease, which are primiparity and early pregnancy. This study aimed to identify the maternal and perinatal repercussions

caused by specific hypertensive syndromes of pregnancy in adolescents, to characterize the risk factors associated with SHEG in this profile of pregnant women and to analyze the maternal-fetal outcomes. The present work is an integrative literature review whose bibliography was obtained by searching the Google Scholar, Scientific Electronic Library Online- SCIELO and PubMed databases using publications between 2013 and 2020 and with the following descriptors: “hypertensive syndromes”, “Gestational hypertension”, “teenage pregnancy”, “gestational hypertension”, “hypertensive disease” and “eclampsia”. The adolescent pregnant woman is already characterized as a high-risk pregnancy, which is essential for quality medical assistance so that the complications caused by SHEG are minimized or avoided.

**Keywords:** Pregnancy in Adolescence, Hypertensive Syndromes, Maternal repercussions, Perinatal repercussions.

## 1 INTRODUÇÃO

A vida sexual atualmente está iniciando de forma mais precoce, em torno dos 10 aos 14 anos e nem sempre os adolescentes avaliam os riscos sobre a prática. O perfil socioeconômico está intrinsecamente ligado a essa ocorrência, sendo que as classes menos privilegiadas são as que mais se destacam. Além disso, as principais complicações obstétricas em adolescentes são as síndromes específicas gestacionais (SHEG), ruptura prematura das membranas (RPM), edema e hemorragias no início da gestação induzindo assim a cesariana como desfecho obstétrico. Aliado a essa questão, há também os impactos aos neonatos, como a prematuridade, baixo peso ao nascer e índice de Apgar menor que 7 no 1º e 5º minuto de vida, frequência de complicações neonatais e mortalidade infantil (PINTO et al., 2020).

As SHEG são a segunda causa de mortalidade materna em todo o mundo, superadas apenas pelas hemorragias. Somado a isso, podem culminar em encefalopatia, comprometimento cardíaco e renal, e coagulopatias. No Brasil, essas síndromes são consideradas a primeira causa de mortalidade materna, acarretando cerca de 5 a 17% das gestantes. E devido a sua gravidade, estão classificadas entre as causas mais importantes de internações gestacionais em uma unidade de terapia intensiva (UTI) (ANTUNES et al., 2017).

Tais síndromes são classificadas em: hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e a hipertensão gestacional, sendo esta última a mais comum. A obesidade, diabetes, antecedentes familiares, gravidez múltiplas, primiparidade, gestação precoce ou tardia e doenças renais são alguns dos fatores de risco que ocasionam as SHEG. Algumas modificações fisiológicas na gestante como a

elevação do débito cardíaco associada ao aumento da volemia e a diminuição da resistência vascular periférica, viabilizam o desenvolvimento embrio-fetal. No entanto, qualquer distúrbio nesse processo pode ocasionar a hipertensão gestacional (ZANATELLI et al., 2016).

A pré-eclâmpsia é definida como o aumento da pressão arterial associada à proteinúria, edema na maioria dos casos e possui etiologia desconhecida. Caso haja convulsão, essa passa a ser denominada eclâmpsia. Dosagem de proteínas, contagem de plaquetas, transaminases, bilirrubina, creatinina e desidrogenase láctica são alguns exames que devem ser solicitados e são dotados de valor prognóstico para as síndromes hipertensivas. A proteinúria positiva é indicativa de pré-eclâmpsia (ZANATELLI et al., 2016).

A pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, dentre os distúrbios hipertensivos, representam cerca de 10 a 15% das mortes maternas mundiais. Esta última está relacionada ao acometimento neurológico e com convulsões tônico-clônicas generalizadas em mulheres com sintomas hipertensivos. A pré-disposição genética, aspectos emocionais, uso de álcool e tabaco, gestantes em extremos de idade, déficits nutricionais, más condições econômicas e vulnerabilidade social são fatores intrinsecamente ligados às SHEG (DA CUNHA SOARES et al., 2019). Além disso, as pacientes jovens possuem um duplo fator de risco para o desenvolvimento da doença as quais são a primiparidade e a gravidez precoce (MOURA et al., 2013).

A fisiopatologia da pré-eclâmpsia atualmente ainda é obscura. Porém, é amplamente aceito que a isquemia é o fator primordial para o seu desencadeamento. Tal processo inicia-se com a falência no remodelamento das artérias espiraladas uterinas, causando hipóxia placentária e conseqüentemente isquemia. O remodelamento arterial é um processo crucial, pois viabiliza a formação de um sistema suprimento sanguíneo que possibilite o desenvolvimento embrionário-fetal. As convulsões tônico-clônicas da eclâmpsia são as mais sérias complicações da pré-eclâmpsia. A cefaleia, os distúrbios visuais, epigastralgia ou dor no hipocôndrio direito são sintomas que antecedem a convulsão (MORAIS et al., 2013).

Além disso, Too (2013) destaca também que geralmente os sinais e sintomas de uma crise hipertensiva, os quais as SHEG se encaixam, acompanham dor no peito (27%), sintomas neurológicos (21%) e dispnéia (22%), porém existem outros menos frequentes como dor de cabeça refratária à terapia convencional, alteração do estado mental, convulsão, epigastalgia, dor em quadrante superior direito e alterações visuais. Somado a

isso, mesmo após o parto, como uma continuação da SHEG, a hipertensão pode persistir e consequentemente a pré-eclâmpsia pós-parto com os mesmos sinais e sintomas conhecidos da pré-eclâmpsia pré-natal e intraparto.

A síndrome HELLP é uma complicação da pré-eclâmpsia e suas repercussões são definidas como presença de hemólise, aumento das enzimas indicativas de lesões hepáticas (ALT- alanina aminotransferase e AST- aspartato aminotransferase) e diminuição na contagem de plaquetas. Ocorre com o agravamento do quadro de pré-eclâmpsia. Sintomas como oligúria, anúria e proteinúria aparecem e a pressão arterial pode atingir valores acima de 180/110 mmHg (ANTÔNIO et al., 2019).

Dessa forma, tendo em vista que as SHEG na gestação durante o período da adolescência configuram-se como um problema de saúde pública afetando indivíduo e sociedade, torna-se imprescindível sua discussão e o seu reconhecimento, a adoção de estratégias de manejo e prevenção da doença. Diante desse cenário, este trabalho tem como objetivos identificar as repercussões maternas e perinatais ocasionadas pelas síndromes hipertensivas específicas da gravidez em adolescentes, caracterizar os fatores de risco associados às SHEG nesse perfil de gestante e analisar os desfechos materno-fetais.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura utilizando artigos com diferentes linhas metodológicas com o intuito de reunir os artigos científicos mais atuais acerca do tema, atualizando a bibliografia e reunindo resultados para que haja a síntese das informações. Possui caráter descritivo, qualitativo e realizou-se 3 etapas para que sua organização facilitasse a reunião do conteúdo, sendo constituídas pela: Etapa 1- identificação do tema principal em questão do trabalho; Etapa 2- Seleção das informações que correspondam ao tema e Etapa 3: Síntese e análise dos conhecimentos obtidos.

A bibliografia levantada ocorreu por meio da busca nas bases de dados Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online- SCIELO e PubMed utilizando publicações entre 2013 a 2020. Os descritores utilizados foram: “síndromes hipertensivas”, “hipertensão gestacional”, “gravidez na adolescência”, “gestational hypertension”, “hypertensive disease” e “eclampsia”.

Os critérios para a seleção dos artigos foram por meio dos descritores, período de publicação (entre 2013 a 2020), trabalhos em língua portuguesa ou inglesa, relevância do trabalho identificada através do número de citações visualizadas nas plataformas

bibliográficas de pesquisa, leitura dos títulos e seus resumos. Vale ressaltar que muitos artigos repetiram entre si nos bancos de dados.

Sendo assim, foram inicialmente obtidos 19.023 artigos que após os critérios de inclusão, foram selecionados 31 artigos científicos para sua leitura completa. Destes, 17 artigos foram utilizados para a produção desta pesquisa.

A presente pesquisa não envolveu riscos de vida aos autores e a terceiros por se tratar de uma revisão de literatura. Além disso, como benefício deste estudo, constata-se uma nova fonte de informações atualizadas e revisadas pelos autores obtidas de forma imparcial.

### 3 RESULTADOS

Os resultados dos artigos pesquisados, reunidos no quadro 1, evidenciam que 41,2% (n=7) foram revisões de literatura; 11,8% (n=2) foram estudos transversais; 5,8% (n=1) foram estudos qualitativos; 17,6% (n=3) tratavam-se de estudos descritivo-exploratório; 11,8% (n=2) tratavam-se de pesquisas retrospectivas e 11,8% (n=2) foram estudos de coorte prospectivo. O ano em que houve mais publicações relacionadas ao tema foi em 2013 com 29,4% (n=5), seguidos de 2019 com 23,5% (n=4) e 2018 com 17,6% (n=3). No ano de 2014, foram publicados 5,8% (n=1), em 2015 também com a mesma porcentagem 5,8% (n=1), 2016 igualmente com 5,8% (n=1), 2017 também com 5,8% (n=1) e 2020 igualmente com 5,8% (n=1).

Quadro 1. Artigos selecionados de acordo com o título, tipo de estudo, periódico e ano de publicação.

Nº do artigo	Título	Tipo de Estudo	Periódico	Ano de Publicação
1	Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco.	Transversal	Revista Mineira de Enfermagem	2017
2	. O conhecimento das gestantes sobre síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG)	Descritivo-Exploratório	Saber Digital	2019
3	Fatores de risco relacionados a pré-eclâmpsia: uma revisão integrativa da literatura	Revisão de Literatura	Revista Eletrônica Acervo Saúde	2019
4	Prevalência das síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG)	Pesquisa Retrospectiva	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	2015

5	Postpartum healthcare after gestational diabetes and hypertension.	Coorte Prospectivo	Journal of Women's Health	2014
6	Hypertensive disorders of pregnancy: overview and current recommendations	Revisão de Literatura	Journal of midwifery & women's health	2018
7	Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional	Descritivo-Exploratório	Rev Rene, Fortaleza	2018
8	Gestational hypertension and pre-eclampsia and risk of spontaneous premature rupture of membranes: A population-based cohort study	Pesquisa Retrospectiva	International Journal of Gynecology & Obstetrics	2019
9	Hypertensive disease of pregnancy and maternal mortality	Revisão de Literatura	Current Opinion in Obstetrics and Gynecology	2013
10	Perfil clínico-epidemiológico e repercussões perinatais em portadoras de síndrome hipertensiva gestacional: uma revisão	Revisão de Literatura	Revista Eixo	2013
11	Alterações do fluxo sanguíneo em artéria umbilical na síndrome hipertensiva gestacional e suas implicações nos resultados neonatais	Coorte Prospectivo	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	2013
12	Principais complicações gestacionais e obstétricas em adolescentes/Main gestational and obstetric complications in adolescents	Descritivo-Exploratório	Brazilian Journal of Health Review	2020
13	Representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro.	Estudo Qualitativo	Rev. Latino-Am. Enfermagem,	2013
14	Hypertensive disorders in pregnancy	Revisão de Literatura	Obstetrics and Gynecology Clinics	2018
15	Hypertensive crisis during pregnancy and postpartum period	Revisão de Literatura	Seminars in Perinatology	2013
16	Resultados perinatais adversos das gestações de adolescentes vs de mulheres em idade avançada na rede brasileira de saúde pública	Transversal	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	2019

17	Síndromes hipertensivas na gestação: estratégias para a redução da mortalidade materna.	Revisão de Literatura	Revista saúde integrada	2016
----	---	-----------------------	-------------------------	------

Fonte: Quadro produzido pelos autores

No quadro 2, os resultados mostram as principais repercussões maternas e perinatais em adolescentes desencadeadas pelas SHEG mencionadas pelos artigos. Destas, as complicações mais destacadas foram os nascimentos pré termos e baixo peso ao nascer com 52,9% (n=9), seguidos de morte materna 41,2% (n=7), hemorragia 41,2% (n=7), disfunções cardíacas 35,3% (n=6), disfunções renais 29,4% (n=5), ruptura prematura de placenta 29,4% (n=5), convulsões tônico-clônicas 17,6% (n=3), aborto 17,6% (n=3) e insuficiência placentária 11,7% (n=2)

Quadro 2. Menções das principais repercussões maternas e perinatais causadas pelas SHEG em adolescentes nas publicações selecionadas.

Repercussões maternas e perinatais ocasionadas pelas SHEG em adolescentes	Nº de artigos que mencionam a repercussão	Porcentagem
Nascimento pré-termo e baixo peso ao nascer	9	52,9%
Insuficiência placentária	2	11,7%
Ruptura prematura de placenta	5	29,4%
Hemorragia	7	41,2%
Aborto	3	17,6%
Disfunções Cardíacas	6	35,3%
Disfunções Renais	5	29,4%
Morte materna	7	41,2%
Convulsões tônicas- clônicas	3	17,6%

Fonte: Quadro produzido pelos autores.



## 4 DISCUSSÃO

### 4.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS GESTANTES ADOLESCENTES E OS IMPACTOS MATERNO-FETAIS OCACIONADOS PELAS SHEG

O perfil socioeconômico das pacientes com SHEG é de suma importância, pois assim haverá um planejamento pré-natal mais eficiente, a identificação precoce da patologia de base e um plano terapêutico específico para essa gestante. Aliado a essa perspectiva, é no âmbito da atenção primária que tais gestantes possam ser também instruídas acerca de suas dúvidas e também esclarecidas sobre os hábitos de vida irregulares como o uso de álcool e tabaco que podem potencializar as SHEG e causar outros comprometimentos fetais como malformações congênitas, prematuridade, disfunção placentária, aborto espontâneo e morte intrauterina (LIMA et al., 2018).

Em um estudo transversal comparativo realizado por Veiga et al. (2019) em uma maternidade escola em Alagoas de 2015 a 2016 com 212 gestantes adolescentes entre 15 a 18 anos e 99 mulheres de idade avançada entre 36 a 38 anos, observou-se que as adolescentes possuíam maior frequência de ocupação do lar com 95%, 24,9% apresentavam ausência de união estável e 37,3% baixo peso. Dentre as repercussões perinatais, 38,7% foram submetidas a partos cesarianos, 16,6% tiveram nascimentos de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG) e 18% foram nascimentos de recém-nascidos grandes para a idade gestacional (GIG). Tais resultados estão relacionados às condições socioeconômicas, fisiológicas e psicossociais. Sendo assim, essas adolescentes necessitam do tripé assistencial adequado, constituído pela família, educação e saúde.

Ainda acerca dessa temática, De Brito et al. (2015) reforça que a condição socioeconômica da adolescente pode influenciar no modo de atendimento da consulta dessa gestante. Por exemplo, o nível educacional se constitui um obstáculo no relacionamento do profissional de saúde e a gestante, podendo gerar como consequência a diminuição da aderência às condutas preventivas e de controle dos agravos à saúde. Além disso, a baixa renda dificulta a assistência por um serviço de saúde adequado. Estas informações são essenciais, inclusive na análise das condições de vida dessa gestante e do seu núcleo familiar.

De acordo com Lo et al. (2013), gestantes com pré-eclâmpsia e eclâmpsia possuem um risco de 3 a 25 vezes maior de desenvolverem complicações graves, como, pneumonia por aspiração, edema pulmonar, insuficiência renal, insuficiência hepática e acidente vascular cerebral. O atraso diagnóstico, um pré-natal ineficiente e a demora da gestante

para a procura do atendimento corroboram para o aumento da mortalidade materno-fetal ocasionada por esses agravamentos.

Somado a esses fatores e discutindo sobre os déficits nutricionais, Moura et al. (2013) destaca que a carência de alguns nutrientes como o cálcio e a vitamina B6, favorece o desenvolvimento da SHEG. O acompanhamento nutricional no pré-natal deverá ter como objetivos estabelecer seu estado nutricional, identificar os fatores de riscos nutricionais e dessa forma realizar a intervenção terapêutica e profilática voltadas à educação nutricional para corrigir os déficits dietéticos.

Sabe-se que outras doenças como a RPM podem ser ocasionadas pelas SHEG. As gestantes com histórico de hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia constituem fatores de risco para o desenvolvimento desta condição. Como afirma Liu et al. (2019), as repercussões graves da doença são: hipóxia, complicações respiratórias e infecções para o binômio materno-fetal. Além disso, quando este acontecimento ocorre antes da 20ª semana de gestação, é caracterizado como abortamento inevitável. Quando a rotura acontece entre 20ª e 37ª semana, trata-se de uma RPM pré-termo. A incidência epidemiológica deste fenômeno é atualmente entre 1 a 10% em todo o mundo.

Outra grande consequência neonatal ocasionada pelas SHEG é a insuficiência placentária. Como afirma Moura et al. (2013), o nascimento pré-termo com baixo peso ocasiona esse desfecho e dentre essas síndromes, a pré-eclâmpsia grave pode promover o risco de restrição ao crescimento intrauterino, ocasionando assim a hipóxia e prematuridade.

#### 4.2 A INFLUÊNCIA DOS ANTECEDENTES PESSOAIS DA GESTANTE ADOLESCENTE E AS CONSEQUÊNCIAS DA CONDUÇÃO INEFICIENTE DO PRÉ-NATAL COMO DESENCADEAMENTO DAS SHEG

Os impactos das SHEG para as gestantes podem causar consequências que podem perdurar inclusive ao longo da sua vida. Nesse sentido, Ehrental et al. (2014) ressalta que pacientes com antecedentes mórbidos pessoais (AMP) de SHEG têm o risco dobrado para a progressão de doenças cardiovasculares (DCV) e 4 vezes mais chances de desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Dessa forma, torna-se imprescindível o acompanhamento médico continuado dessa adolescente após o processo gestacional para o monitoramento da sua saúde com a finalidade de diminuir os impactos ocasionados pelas SHEG ou até mesmo com a adoção de medidas preventivas para as DCV e da HAS.

Em relação aos aspectos psicossociais, relatos bibliográficos mostram que as mães podem sentir-se ansiosas e inseguras perante a ameaça de morte materna e fetal. Somam-se a esse quadro, situações em que houveram o nascimento prematuro em uma gestação anterior fazendo com que o ideal de maternidade seja desconstruído e assim a mãe deve se adaptar a uma nova realidade, aonde o filho necessita de cuidados especiais por conta do risco de óbito (SOUZA et al., 2013).

Em adolescentes primigestas outros fatores como a vergonha, o medo, gestação indesejada e a demora na procura de uma assistência especializada bem como um pré-natal ineficiente, contribuem para o aparecimento da SHEG. Destaca-se também que o estado emocional dessa gestante também interfere na variação da pressão arterial. Estudos mostram a ocorrência de hostilidades emocionais em paciente com síndromes hipertensivas, sendo estes geralmente associados à recusa da gravidez pela família, o abandono do parceiro, dentre outros (MORAIS et al., 2013).

É perceptível que após a gestação, o acompanhamento e a triagem da mulher após o parto são mal conduzidos na atenção básica. As consequências desses eventos são o rastreamento e o diagnóstico tardio dessas doenças crônicas que poderiam ser evitadas caso fossem realizadas de maneira eficiente e precoce. É fundamental a adoção de medidas de acompanhamento psicossocial, pré-natal adequado e uma boa intervenção dos profissionais de saúde para com essas gestantes. Nesse aspecto, Folk (2018) reitera que o aconselhamento das mudanças do estilo de vida com uma alimentação saudável aliada as atividades físicas regulares, sobretudo de baixo impacto são boas medidas para a promoção de uma gestação mais segura.

Para essas gestantes hipertensas, aconselha-se a medição da pressão arterial duas vezes por semana, avaliação diária dos movimentos fetais e mensal dos sintomas maternos e a contagem semanal de plaquetas e enzimas de lesão hepática. Em uma temática mais educacional, Pinto et al. (2020) afirma que essas adolescentes devem ser inseridas em programas de saúde e educação sexual, com projetos voltados a essa faixa etária, como acompanhamento na Estratégia e Saúde da Família (ESF) e em escolas, onde as informações transmitidas serão um modo de evitar uma gestação precoce.

#### 4.3 ABORDAGEM TERAPÊUTICA DAS SHEG

Com relação ao tratamento, Folk (2018) ressalta que a medicação anti-hipertensiva não é indicada para gestantes com hipertensão gestacional leve ou pré eclâmpsia sem indicadores de gravidade como pressão sistólica menor que 160 mmHg e pressão diastólica

menor que 110 mmHg. Se as condições maternas forem estáveis e a gestante tenha menos que 34 semanas, é possível manter a conduta expectante. Contudo, recomenda-se a administração de corticoides para que haja o aceleração da maturidade pulmonar e preparar o feto para o parto sem intercorrências graves.

Para gestantes com hipertensão grave deve-se iniciar o tratamento imediatamente cujo objetivo principal não é reduzir a pressão arterial para níveis normais, mas sim evitar a exposição prolongada à pressão sistólica elevada causando déficits cerebrais com evolução para hemorragia. As medicações de primeira linha incluem o labetalol intravenoso e hidralazina. Caso o acesso venoso esteja indisponível, a nifedipina via oral é uma alternativa terapêutica (FOLK, 2018).

Ainda sobre a abordagem terapêutica das SHEG, Sutton et al. (2018) destaca que o labetalol (bloqueador alfa não seletivo e bloqueador beta), a nifedipina (bloqueador do canal de cálcio) e a metildopa (agonista alfa-2-adrenérgico) são os anti-hipertensivos de primeira linha para as gestantes. A metildopa é segura, porém é considerada menos eficaz que o labetalol e a nifedipina na prevenção da hipertensão grave. O labetalol deve ser evitado em pacientes com asma e insuficiência cardíaca congestiva.

## 5 CONCLUSÃO

As SHEG podem causar danos de alto impacto cujos principais desfechos perinatais são complicações respiratórias, cardíacas, neurológicas, renais e que repercutem em um nascimento prematuro ou até mesmo levando ao óbito materno-fetal. A gestante adolescente já é caracterizada como gestação de alto risco a qual é imprescindível uma assistência médica de qualidade para que as complicações originadas pelas SHEG sejam minimizadas ou evitadas. Aliado a essa questão e tendo em vista a dimensão dos impactos materno-fetais ocasionadas pelas síndromes hipertensivas nesse perfil de gestantes, é necessário também o suporte ao atendimento e acompanhamento das garotas com menores níveis de escolaridade, condições de vulnerabilidade socioeconômica, e que não pagam por um plano de saúde. Nesse sentido, a atenção básica possui um grande valor nessa perspectiva, pois além de oferecer consultas pré-natais avaliando fisicamente essa gestante, pode oferecer um auxílio mais amplo como no aspecto educacional, emocional e familiar.

## REFERÊNCIAS

- ANTUNES, M. B. et al. Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, n. 1057, 2017.
- ANTÔNIO, E. D. A. P. et al. O conhecimento das gestantes sobre síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG). **Saber Digital**, v. 12, n. 1, p. 1-13, 2019.
- DA CUNHA SOARES, T. et al. Fatores de risco relacionados a pré-eclâmpsia: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 20, p. e437-e437, 2019.
- DE BRITO, K. K. G. et al. Prevalência das síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG). **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 3, p. 2717-2725, 2015.
- EHRENTHAL, D. B. et al. Postpartum healthcare after gestational diabetes and hypertension. **Journal of Women's Health**, v. 23, n. 9, p. 760-764, 2014.
- FOLK, D. M. Hypertensive disorders of pregnancy: overview and current recommendations. **Journal of midwifery & women's health**, v. 63, n. 3, p. 289-300, 2018.
- LIMA, J. P. et al. Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. **Revista Rene, Fortaleza**, v. 19, e3455, 2018.
- LIU, L. et al. Gestational hypertension and pre-eclampsia and risk of spontaneous premature rupture of membranes: A population-based cohort study. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 147, n. 2, p. 195-201, 2019.
- LO, J. O. et al. Hypertensive disease of pregnancy and maternal mortality. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**, v. 25, n. 2, p. 124-132, 2013.
- MORAIS, F. M., et al. Perfil clínico-epidemiológico e repercussões perinatais em portadoras de síndrome hipertensiva gestacional: uma revisão. **Revista Eixo**, v. 2, n. 1, p. 69-82, 2013.
- MOURA, M. D. R. D. et al. Alterações do fluxo sanguíneo em artéria umbilical na síndrome hipertensiva gestacional e suas implicações nos resultados neonatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 2, p. 71-77, 2013.
- PINTO, K. C. D. L. R. et al. Principais complicações gestacionais e obstétricas em adolescentes/Main gestational and obstetric complications in adolescents. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 1, p. 873-882, 2020.
- SOUZA, N. L. D. et al. Representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. **Revista Latino Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 726-733, 2013.
- SUTTON, A. L. M. et al. Hypertensive disorders in pregnancy. **Obstetrics and Gynecology Clinics**, v. 45, n. 2, p. 333-347, 2018.
- TOO, G. T.; HILL, J. B. Hypertensive crisis during pregnancy and postpartum period. In: **Seminars in Perinatology**. WB Saunders, p. 280-287, 2013.

VEIGA, L. D. L. P. et al. Resultados perinatais adversos das gestações de adolescentes vs de mulheres em idade avançada na rede brasileira de saúde pública. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 3, p. 601-609, 2019.

ZANATELLI, C. et al. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégias para a redução da mortalidade materna. **Revista saúde integrada**, v. 9, n. 17, p. 73-81, 2016.