

PERFIL DAS GESTANTES ACOMETIDAS POR SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL NO ANO DE 2024
Profile of Pregnant Women Affected by Hypertensive Disorders During the Pregnancy-Puerperal Cycle in a Low-Risk Maternity Hospital in 2024

Perfil de gestantes com síndromes hipertensivas
Profile of Pregnant Women with Hypertensive Disorders

Anne Catharine Vanucci

Centro Universitário Lusíada – UNILUS

<https://orcid.org/0009-0002-8834-5259>

ac.vanucci2301@gmail.com

Giulia Monteiro de Abreu Testagrossa

Centro Universitário Lusíada – UNILUS

<http://lattes.cnpq.br/4082791938376467>

giu.monteiro10@gmail.com

Maria Luisa Díaz Cunha David

Centro Universitário Lusíada – UNILUS

<http://lattes.cnpq.br/9444284765149898>

maria.david@icloud.com

Francisco Lázaro Pereira de Sousa

Centro Universitário Lusíada – UNILUS

<http://lattes.cnpq.br/2033725804959768>

lazarosume@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: As síndromes hipertensivas da gestação (SHG) representam um dos principais desafios da obstetrícia contemporânea, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil e no mundo. Entre essas condições estão a hipertensão gestacional, a hipertensão arterial crônica, a pré-eclâmpsia, a eclâmpsia, a pré-eclâmpsia sobreposta e a síndrome HELLP. Fatores como obesidade, idade materna avançada, multiparidade e comorbidades crônicas aumentam significativamente o risco dessas patologias. Em São Vicente (SP), a Maternidade Municipal, classificada como unidade de risco habitual, atende um número expressivo de gestantes com comorbidades, revelando um descompasso entre a classificação institucional e o perfil clínicos das pacientes. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico, clínico e obstétrico das gestantes acometidas por síndromes hipertensivas durante o ciclo gravídico-puerperal atendidas na Maternidade Municipal de São Vicente em 2024, a fim de subsidiar estratégias de prevenção, diagnóstico e manejo das complicações maternas e fetais. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional e retrospectivo, baseado na análise de 178 prontuários de gestantes diagnosticadas com SHG que realizaram parto na Maternidade Municipal de São Vicente entre janeiro e dezembro de 2024. Foram coletadas variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas, além de dados neonatais. As informações foram analisadas de forma descritiva e multivariada, por meio de análise de correspondência. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNILUS. **Resultados:** A idade média das gestantes foi de 29 anos, com IMC médio de 35,5 kg/m², indicando predominância de obesidade. Mais de 70% eram multíparas e o parto cesárea foi predominante (86%). Entre as SHG, 32,6% apresentaram hipertensão arterial crônica e 67,4% pré-eclâmpsia. Iminência de eclâmpsia foi observada em 12,4% e síndrome de HELLP em 1,7% das pacientes. A maioria dos recém-nascidos evoluiu bem, com 68% encaminhados ao alojamento conjunto e apenas 32% internados em UTI neonatal, principalmente por prematuridade. O peso médio ao nascer foi de 2,877g, com 18% dos recém-nascidos classificados como baixo peso. **Conclusões:** As síndromes hipertensivas mostraram-se altamente prevalentes, frequentemente associadas à idade materna avançada, obesidade e multiparidade. A ocorrência de casos graves como iminência de eclâmpsia e síndrome HELLP em uma maternidade de risco habitual revela falhas na estratificação e no encaminhamento das gestantes, refletindo limitações estruturais do sistema público. O fortalecimento dos fluxos de referência e contrarreferência, a qualificação das equipes e a aplicação rigorosa de protocolos clínicos são medidas essenciais para reduzir a morbimortalidade materna e neonatal e garantir um atendimento seguro e adequado às gestantes com SHG.

Palavras-chave: síndromes hipertensivas da gestação, pré-eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, morbimortalidade materna, perfil epidemiológico.

Abstract

Background: Hypertensive disorders of pregnancy (HDP) remain one of the main challenges in contemporary obstetrics, representing a leading cause of maternal and perinatal morbidity and mortality worldwide. These conditions include gestational hypertension, preeclampsia, eclampsia, chronic hypertension, HELLP syndrome, and superimposed preeclampsia. Factors such as obesity, advanced maternal age, multiparity, and chronic comorbidities significantly increase the risk of developing these disorders. In São Vicente, Brazil, the Municipal Maternity Hospital, officially classified as a low-risk facility, has been receiving a considerable number of high-risk pregnant women, revealing a discrepancy between institutional classification and the clinical profile of patients. **Objective:** To identify the epidemiological profile of women affected by hypertensive disorders during the pregnancy-puerperal cycle at Municipal Maternity Hospital of São Vicente, in order to guide individualized prevention measures targeted at these women. **Methods:** A retrospective observational study was conducted based on the analysis of 178 medical records of women diagnosed with hypertensive disorders who delivered at Municipal Maternity Hospital of São Vicente between January and December 2024. Sociodemographic, clinical, obstetric, and neonatal variables were collected. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate correspondence analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee of Centro Universitário UNILUS. **Results:** The mean maternal age was 29 years, with an average BMI of 35.3 kg/m², indicating a predominance of obesity. More than 70% were multiparous, and cesarean delivery was the most frequent outcome (86%). Among hypertensive disorders, 32.6% had chronic hypertension, and 67.4% developed gestational hypertension. Imminent eclampsia occurred in 12.4%, and HELLP syndrome in 1.7% of cases. The most frequent comorbidities were urinary tract infection (15%), gestational diabetes (8%), and anemia (10%). Most newborns had a favorable evolution, with 68% admitted to rooming-in care and 32% to the neonatal intensive care unit (NICU), mainly due to prematurity. The mean birth weight was 2,877 g, with 18% classified as low birth weight (<2,500 g). **Conclusions:** Hypertensive disorders were highly prevalent, often associated with obesity and multiparity. The occurrence of severe cases—such as imminent eclampsia and HELLP syndrome—in a low-risk maternity hospital reveals weaknesses in the risk classification and referral system, reflecting structural limitations within the Brazilian public health system. Strengthening referral and counter-referral networks, training healthcare teams, and implementing standardized clinical protocols are essential strategies to reduce maternal and neonatal morbidity and mortality and to ensure safe and appropriate care for women with hypertensive disorders of pregnancy.

Keywords: hypertensive disorders of pregnancy, preeclampsia, chronic arterial hypertension, maternal morbidity and mortality, epidemiological profile.

Introdução

As síndromes hipertensivas da gestação (SHG) constituem um dos principais desafios da obstetria moderna, representando uma das maiores causas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil e em todo o mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), complicações decorrentes da hipertensão na gravidez são responsáveis por 10 a 15% das mortes maternas diretas, especialmente em países de média e baixa renda, que concentram 99% desses óbitos [1].

As SHG englobam um espectro de condições clínicas que inclui hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, síndrome HELLP e pré-eclâmpsia sobreposta. Essas entidades podem acarretar comprometimento materno e fetal significativo, sobretudo quando o diagnóstico precoce e o manejo clínico adequado não são realizados de forma oportuna [2].

Mesmo em maternidades classificadas como de risco habitual, as síndromes hipertensivas podem manifestar-se durante o pré-natal, parto ou puerpério, exigindo atenção constante e resposta eficiente das equipes assistenciais. Dessa forma, conhecer o perfil clínico e obstétrico das gestantes acometidas é essencial para subsidiar estratégias de prevenção, detecção precoce e manejo eficaz dessas condições.

No contexto brasileiro, apesar dos avanços na cobertura e qualidade do pré-natal, a razão de mortalidade materna permanece elevada, mesmo com o aprimoramento das ações de pré-natal, o Brasil não obteve redução expressiva da mortalidade materna, que permanece em patamares semelhantes aos de décadas anteriores, revelando limitações estruturais na assistência à gestante e puérpera [3,4]. Atualmente, a pré-eclâmpsia responde por aproximadamente um quarto das mortes maternas registradas, consolidando-se como a principal causa de óbito materno no país [5].

No município de São Vicente (SP), a mortalidade materna e neonatal também permanece elevada, com média de 11,2 óbitos por 1.000 nascidos vivos até o momento [6], taxa próxima das metas nacionais, mas ainda superam os parâmetros recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que propõe taxas inferiores a 10 por mil nascidos totais como meta de qualidade para sistemas de saúde consolidados [7]. A Maternidade Municipal de São Vicente, referência local para gestantes de risco habitual, realiza cerca de 113 partos mensais, mas atende um número expressivo de mulheres com comorbidades, como obesidade, multiparidade e hipertensão arterial crônica, fatores reconhecidos como predisponentes ao desenvolvimento de pré-eclâmpsia e outras SHG [8].

Essas condições, especialmente quando não diagnosticadas precocemente, podem evoluir para formas graves como eclâmpsia, síndrome HELLP e óbitos evitáveis [9]. Embora amplamente estudadas em centros de alto risco, ainda existem lacunas no conhecimento sobre o comportamento dessas síndromes em maternidades de risco habitual, onde teoricamente as gestantes deveriam apresentar menor perfil de gravidade.

A prevalência das SHG varia conforme o perfil populacional, com incidência estimada de 6 a 8% para hipertensão arterial crônica (HAC) e de 7,5% para pré-eclâmpsia entre gestantes brasileiras [10,11]. Essa alta frequência está associada ao aumento de fatores de risco modificáveis, como obesidade, idade materna avançada, diabetes mellitus gestacional e hipertensão arterial crônica, os quais contribuem para piores desfechos perinatais e risco aumento de complicações cardiovasculares futuras [12].

A etiopatogenia das SHG é multifatorial e ainda não completamente elucidada. Acredita-se que o desenvolvimento insuficiente da circulação uteroplacentária e a consequente hipóxia placentária desencadeiam estresse oxidativo e liberação de fatores antiangiogênicos, culminando em disfunção endotelial sistêmica e manifestações clínicas como hipertensão, proteinúria e lesão de órgãos-alvo [13]. Gestantes com IMC elevado, doenças metabólicas e inflamatórias apresentam risco aumentado, reforçando a necessidade de vigilância no pré-natal direcionada e estratégias preventivas precoces [10].

Assim, a análise retrospectiva de prontuários de gestantes atendidas em maternidades de risco habitual pode contribuir para a identificação de padrões clínicos e epidemiológicos, apoiando a tomada de decisões assistenciais. Esse conhecimento é essencial para o aprimoramento das políticas públicas locais e para o alinhamento às diretrizes da Rede Brasileira de Estudos em Hipertensão na Gestação (RBEHG) e da Rede Alyne [12].

Objetivo

Diante dessa relevância epidemiológica e clínica, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico, clínico e obstétrico das gestantes acometidas por síndromes hipertensivas durante o período gestacional e puerperal na Maternidade Municipal de São Vicente, no ano de 2024, contribuindo para o aprimoramento das estratégias de prevenção, diagnóstico e manejo

das complicações maternas e neonatais. Além disso, o estudo também busca evidenciar as fragilidades existentes na rede de referência e contrarreferência dessas pacientes, frequentemente classificadas como de alto risco, mas atendidas em maternidades de menor complexidade e com infraestrutura limitada para o manejo dessas condições, necessitando uma rediscussão de políticas assistenciais.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, que foi realizado na Maternidade Municipal de São Vicente, localizada no município de São Vicente (SP), abrangendo todas as gestantes com síndromes hipertensivas atendidas na instituição durante o ano de 2024. Após a seleção, a amostra final foi de 178 pacientes.

• Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu, inicialmente, a partir do livro de parto previamente elaborado pela equipe de enfermagem da maternidade. A partir dele, os registros das pacientes que possuíam síndromes hipertensivas no ciclo gravídico puerperal foram identificados e complementados, pelas autoras do trabalho, a partir da análise dos prontuários das mesmas. Dessa forma, uma tabela com as variáveis de interesse para o presente estudo foi elaborada para que fosse possível registrar essas informações adicionais coletadas dos prontuários.

Os prontuários continham informações preenchidas por profissionais da saúde com base nas declarações das pacientes, dados do cartão de pré-natal, anamnese, exame físico e exames laboratoriais.

• Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão das pacientes foram gestantes tóxicas com síndromes hipertensivas no ciclo gravídico puerperal, que tiveram sua resolução obstétrica na Maternidade Municipal de São Vicente, nos meses de janeiro a dezembro de 2024.

Os critérios para exclusão desse trabalho foram as pacientes gestantes sem qualquer síndrome hipertensiva e as pacientes não gestantes, internadas devido a patologias obstétricas. O total da amostra foi de 178 prontuários.

• Variáveis analisadas

As variáveis coletadas e analisadas, a partir dos registros nos prontuários, foram:

- **Informações básicas:** Nome, idade, data de nascimento, UBS de referência;
- **Número de consultas de pré-natal:** registrado em números;
- **Peso, altura, IMC:** registrado em kg, centímetros e calculado o IMC com base nas duas medidas anteriores;
- **Paridade, número de partos e abortos:** considerado o número de partos prévios à gestação atual;
- **Idade gestacional na resolução obstétrica:** foi registrada em semanas completas e/ou dias;
- **Medicamentos de uso contínuo:** foi registrado se as pacientes faziam uso de algum medicamento previamente à internação e qual sua dosagem;
- **Presença ou não de trabalho de parto:** foi registrado se a paciente estava em trabalho de parto ou não ao ser admitida no pronto socorro;
- **Classificação de Robson:** foi registrado o número da classificação;
- **Tipo de parto realizado:** registrado como parto normal, fórceps ou parto cesariana;
- **Patologias obstétricas e clínicas prévias:** registradas por extenso de acordo com cada paciente;
- **Indicação de cesariana:** motivo de indicação da cesárea;
- **Uso ou não de Sulfato de Magnésio na internação:** foi registrado se as pacientes necessitaram da utilização de sulfato como terapia farmacológica;
- **Necessidade ou não de UTI materna:** foi registrado se as pacientes necessitaram de transferência para a referência de alto risco local;
- **Solicitação ou não de vaga em maternidade de alto risco local:** foi registrado se foi feita a solicitação de transferência para o hospital referência de alto risco local.

Quanto aos recém-nascidos dessas pacientes, foram analisadas as seguintes variáveis:

- **Data de nascimento:** registrado a data do parto realizado;
- **Peso ao nascimento:** foi registrado o peso do recém-nascido em gramas;
- **Índices de Apgar no 1º e 5º minuto:** foi registrado se o Índice de Apgar do recém-nascido foi maior ou igual a 7 do 1º e 5º minuto pós-parto;
- **Necessidade de suporte respiratório (baby puff):** foi registrado se o recém-nascido necessitou de suporte ventilatório nos cuidados imediatos após o parto;
- **Localização pós-parto (alojamento conjunto ou UTI neonatal):** foi registrado se o recém-nascido foi encaminhado para o alojamento conjunto ou para a UTI neonatal imediatamente após o parto;
- **Tempo na UTI:** foi registrado quanto tempo o recém-nascido necessitou de cuidados na UTI;
- **Motivo da internação:** foi registrado o motivo pelo qual o recém-nascido precisou ser encaminhado para a UTI.

- **Aspectos estatísticos:**

As informações coletadas e registradas nas tabelas passaram por uma análise estatística, realizada com o apoio e supervisão de um profissional estatístico qualificado, que auxiliou na extração de informações quantitativas para uma melhor interpretação dos resultados.

- **Aspectos éticos:**

A coleta de dados e presentes neste estudo foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário- UNILUS, com parecer favorável ao estudo (CAEE: 93355225.2.0000.5436). Por se tratar de um estudo observacional e retrospectivo, foi feita a solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução CNS nº 466/2012.

Resultados

A análise estatística incluiu 178 gestantes atendidas na Maternidade Municipal de São Vicente, durante o ano de 2024. A idade média das participantes foi de aproximadamente 29 anos ($\pm 6,96$), variando entre 16 e 42 anos. O índice de massa corporal (IMC) médio foi de 35,3 kg/m² ($\pm 7,05$), caracterizando predomínio de obesidade entre as gestantes. Quanto ao perfil obstétrico, observou-se que mais de 70% das pacientes eram múltíparas, e o parto cesáreo foi o desfecho predominante, ocorrendo em 86% dos casos, conforme demonstrado nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1: Medidas descritivas das variáveis Idade materna, Peso, Altura, IMC e Idade gestacional, na amostra estudada.

	Idade	Peso	Altura	IMC	Idade gestacional
Média	28,68	92,35	1,61	35,32	37,35
Desvio-padrão	6,96	19,78	0,07	7,05	2,41
Mínimo	16,00	55,00	1,45	21,48	25,00
Máximo	42,00	152,70	1,82	55,55	41,14

Fonte: elaboração própria.

Tabela 2: Distribuição da variável Tipo de parto, na amostra estudada

Tipo de parto	Frequência	Porcentagem
Cesárea	153	86,0
Normal	25	14,0
Total	178	100,0

Fonte: elaboração própria.

Em relação às síndromes hipertensivas da gestação (SHG), foram identificadas proporções expressivas de acometimento. Entre as gestantes avaliadas, 32,6% apresentavam hipertensão arterial crônica enquanto 67,4% desenvolveram pré-eclâmpsia, sendo identificado no acompanhamento pré-natal. As formas graves ocorreram em frequência relevante: iminência de eclâmpsia em 12,4% e síndrome de HELLP em 1,7% das gestantes, demandando internações prolongadas e, em alguns casos, solicitações de vagas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em hospitais de referência, conforme demonstrado na Tabela 3 e nos Gráficos 1 e 2. Nesse contexto, foram solicitadas 21 vagas em UTI no CROSS durante 2024 (19 pacientes), com taxas de atendimento aumentando de 42,9% no

primeiro semestre para 85,7% no segundo semestre. Todos os casos envolveram síndromes hipertensivas da gestação, predominantemente pré-eclâmpsia não especificada (63,2%). O primeiro semestre concentrou 66,7% da demanda anual, mas apresentou um pior desempenho, indicando descasamento entre pico de demanda e capacidade.

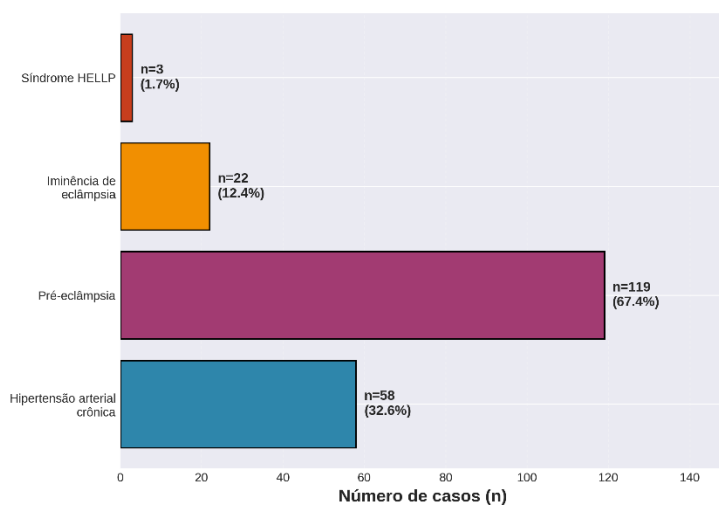
Tabela 3: Distribuição das síndromes hipertensivas da gestação, na amostra estudada.

Condição	n	%
Hipertensão arterial crônica	58	32,6
Pré-eclâmpsia	119	67,4
Iminência de eclâmpsia	22	12,4
Síndrome HELLP	3	1,7

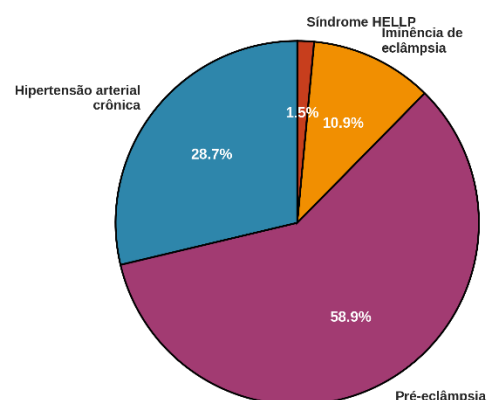
Fonte: elaboração própria.

Gráficos 1 e 2: distribuição de patologias hipertensivas na gestação, na amostra estudada.

Distribuição das Síndromes Hipertensivas da Gestação (Valores Absolutos)



Distribuição Percentual das Síndromes Hipertensivas da Gestação



Fonte: elaboração própria. | Total da amostra: n=202*

*Nota: Os percentajes podem somar mais de 100% se houver casos com múltiplas condições

Tabela 4: distribuição das solicitações de vaga em unidade de terciária, por semestre em 2024.

	1º Semestre	2º Semestre	Varição
Número de pacientes	12	7	-41,7%
Total de solicitações	14	7	-50,0%
Solicitações atendidas	6	6	0%
Solicitações recusadas	8	1	-87,5%
Taxa de atendimento	42,9%	85,7%	+42,8 pp
Taxa de recusa	57,1%	14,3%	-42,8 pp

Fonte: formulação própria.

A análise multivariada permitiu identificar quatro perfis distintos de gestantes, caracterizados pela interação combinada de fatores demográficos (idade e paridade), clínicos (IMC e comorbidades) e assistências (número de consultas no pré-natal). Os grupos com idade materna maior que 30 anos, IMC acima de 35 kg/m², multiparidade e presença de comorbidades metabólicas apresentaram maior incidência de internação neonatal. Por outro lado, gestantes com menos de 30 anos de idade, primíparas, com IMC eutrófico e pré-natal adequado apresentaram melhores desfechos obstétricos e neonatais.

Além das SHG, observou-se ocorrência significativa de comorbidades associadas: infecção urinária em 15%, diabetes mellitus gestacional em 8% e anemia em 10% das gestantes. Embora essas

condições sejam de menor gravidade isoladamente, a associação com distúrbios hipertensivos agravou o risco materno-fetal, contribuindo para maior frequência de cesarianas e internações neonatais.

No que se refere aos desfechos perinatais, a maioria dos recém-nascidos apresentou boa evolução clínica no pós-parto imediato, conforme demonstrado na tabela 4, sendo que 68% encaminhados ao alojamento conjunto e 32% internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), conforme é mostrado na tabela 5. As principais causas de internação neonatal foram prematuridade e desconforto respiratório transitório. O peso médio ao nascer foi de 2.877g, variando entre 992g e 4.849g, com 18% dos recém-nascidos classificados como baixo peso (menos de 2.500g), achado frequentemente associado às síndromes hipertensivas e às comorbidades maternas, demonstrados por meio da tabela 6.

Tabela 4: medidas descritivas das variáveis do **Apgar no 1º e no 5º minuto de vida** dos recém-nascidos.

	Apgar 1	Apgar 5
Média	8,05	8,65
Desvio-padrão	1,33	2,26
Mínimo	0,00	0,00
Máximo	9,00	10,00

Fonte: elaboração própria.

Tabela 5: distribuição da variável local de internação dos recém-nascidos.

Local de internação - RN	Frequência	Porcentagem
AC	116	75,3
UTI	38	24,7
Total	154	100,0

Tabela 6: medidas descritivas das variáveis **peso do recém-nascido e tempo de internação**.

	Peso do RN	Tempo de internação
Média	2877,50	4,51
Desvio-padrão	619,28	2,20
Mínimo	992,00	2,00
Máximo	4849,00	12,00

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Os resultados deste estudo evidenciam uma alta prevalência de síndromes hipertensivas da gestação, associadas a elevadas taxas de mulheres com mais de 30 anos, obesidade e multiparidade, o que reflete o perfil epidemiológico comumente observado em maternidades de alto risco no Brasil. A hipertensão arterial crônica (32,6%) e a pré-eclâmpsia (67,4%) configuram-se como as principais comorbidades, corroborando achados de estudos nacionais que identificam os distúrbios hipertensivos como a principal causa de morbimortalidade materna e perinatal, responsáveis por até 30% dos óbitos maternos no país [12,13]. A ocorrência de iminência de eclâmpsia (12,4%) e síndrome de HELLP (1,7%) reforçam o potencial de gravidade dessas condições, exigindo diagnóstico precoce e manejo especializado, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria [16,17].

A associação entre IMC elevado, multiparidade e distúrbios hipertensivos observada neste estudo confirma a influência da obesidade materna como fator de risco independente para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares e metabólicas durante a gestação, aumentando o risco de pré-eclâmpsia, parto prematuro e recém-nascidos com baixo peso. Estudos de meta-análise demonstram que gestantes com obesidade grau II ou superior apresentam risco até duas vezes maior de desenvolver pré-eclâmpsia em comparação a gestantes eutróficas [18,19], resultado compatível com a presente amostra, cujo o IMC médio foi de 35,3 kg/m².

A presença de infecção urinária (15%), diabetes gestacional (8%) e anemia (10%) ressalta o impacto das comorbidades associadas sobre os desfechos perinatais, especialmente quando coexistem com síndromes hipertensivas. Esses fatores foram relacionados a maior frequência de partos cesáreos (86%) e aumento de internações neonatais em UTIN (32%), achados semelhantes aos relatados em pesquisas multicêntricas nacionais, nas quais as gestantes com múltiplas comorbidades apresentaram risco aumentado de complicações imediatas no pós-parto [20,21].

Apesar das limitações inerentes ao desenho retrospectivo e à coleta manual de dados, o uso de instrumento padronizado de registro e a revisão supervisionada das informações garantem a consistência e fidedignidade aos resultados obtidos.

Observa-se que embora a Maternidade Municipal de São Vicente, seja oficialmente classificada como uma unidade de risco habitual, conforme os critérios estabelecidos pela Portaria nº 1.020/2023 do Ministério da Saúde [20] e pela Resolução RDC nº 36/2008 da ANVISA [23], os resultados desta pesquisa evidenciam descompasso entre a classificação normativa e o perfil clínico das gestantes atendidas. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), maternidades de risco habitual devem atender gestantes sem comorbidades relevantes, com gestação única, evolução fisiológica e ausência de antecedentes obstétricos graves [24].

A identificação de formas graves dessas síndromes, como a iminência de eclâmpsia e síndrome HELLP, em uma maternidade de risco habitual evidencia que tais agravos não se restringem aos centros de saúde de alta complexidade como deveriam, e reforça a necessidade de melhor infraestrutura, ainda que os profissionais sejam plenamente capacitados para lidar com os devidos agravos e de aplicar protocolos, especialmente com o objetivo de fazer um uso seguro do sulfato de magnésio. Diante desse cenário, também se faz de extrema importância o reconhecimento do perfil da população, para a elaboração de políticas de prevenção eficazes.

Essa discrepância entre o perfil assistencial previsto em normativas e a realidade observada aponta para falhas na rede de referência e contrarreferência, assim como uma desarticulação estrutural na rede de atenção obstétrica regional, resultando em sobrecarga das maternidades de risco habitual e potencial comprometimento da segurança materno-fetal. Esse cenário reflete um problema estrutural do sistema público, no qual a fragilidade dos fluxos de encaminhamento e a insuficiência de leitos em unidades de alta complexidade conduzem ao manejo de casos graves em contextos não plenamente equipados. Esse desencontro contraria os princípios da integralidade e da hierarquização preconizados pelo Sistema Único de Saúde e pela Rede Alyne [25].

A correção desse descompasso demanda fortalecimento da gestão regional, revisão dos fluxos assistenciais e monitoramento contínuo dos indicadores de risco gestacional, de modo a assegurar que o atendimento obstétrico ocorra no nível de complexidade adequado e em consonância com as diretrizes nacionais de atenção à saúde da mulher.

De forma geral, os resultados demonstram que aproximadamente 13% das gestantes atendidas na Maternidade Municipal de São Vicente apresentou algum tipo de distúrbio hipertensivo, evidenciando que, apesar de a unidade ser classificada como maternidade de risco habitual, há atendimento recorrente de casos compatíveis com alto risco obstétrico. Essa discrepância entre o perfil clínico observado e a classificação institucional reforça a necessidade de revisão dos fluxos de referência e contrarreferência, de qualificação das equipes assistenciais e de implementação efetiva dos protocolos clínicos padronizados para o manejo das síndromes hipertensivas, conforme preconizado pela RBEHG (2025) e pelas diretrizes do Ministério da Saúde.

Conclusões

O presente estudo identificou que as patologias hipertensivas estavam frequentemente associadas à obesidade e multiparidade, que são fatores de risco conhecidos como predisponentes para complicações cardiovasculares e metabólicas da gestação. A análise dos prontuários de 178 mulheres revelou um perfil altamente influenciado pela obesidade, em que o IMC médio foi de 35,3 kg/m², e multiparidade em mais de 70% das pacientes. As condições mais frequentes foram a pré-eclâmpsia (53,3%) e a hipertensão arterial crônica (32,6%), seguidas pela iminência de eclâmpsia (12,4%) e pela síndrome de HELLP (1,7%).

Do ponto de vista obstétrico, observou-se uma alta taxa de partos por cesariana (86%). Identificou-se frequentemente a necessidade de encaminhamento para unidades de maior complexidade nas formas graves. No recém-nascido, destacaram-se peso médio de 2.877 g, baixo peso em 18% dos casos, e internação em UTIN em 32% dos nascidos vivos, principalmente por prematuridade. Esses resultados corroboram o impacto perinatal das síndromes hipertensivas na saúde materno-fetal, já que a restrição de crescimento fetal pode ocorrer devido a síndromes hipertensivas, assim como a necessidade de realização de cesárea.

Além disso, a presença paralela de comorbidades, como infecção urinária (15%), diabetes gestacional (8%) e anemia (10%), sugere agravamento do risco materno-fetal, o que reforça a necessidade de rastreamento sistemático, acompanhamento pré-natal ampliado e capacitação contínua das equipes.

Conclui-se, portanto, que conhecer o perfil das gestantes dependentes do sistema público de saúde no município de São Vicente é fundamental para aprimorar as estratégias de prevenção, o

manejo clínico e a organização da rede de atenção obstétrica, contribuindo para a redução da morbimortalidade materna e neonatal em nível local, principalmente em serviços de infraestrutura limitada e baixa complexidade, que são a realidade de muitos brasileiros.

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus, pela força, sabedoria e serenidade concedidas ao longo de toda esta jornada. À nossa família, em especial aos nossos pais, pelo amor incondicional, apoio constante e por poderem nos proporcionar um ensino superior de qualidade e excelência.

Manifestamos nossa sincera gratidão à orientadora, pela paciência, incentivo e dedicação durante o desenvolvimento deste trabalho, cujas orientações foram essenciais para o aprimoramento científico e pessoal desta pesquisa. Agradeço também a todos os professores do curso, pelo conhecimento transmitido e pelo compromisso com a formação ética e técnica dos futuros profissionais.

Por fim, estendo meu agradecimento às gestantes que participaram do estudo, pela confiança e colaboração, e às instituições de saúde que possibilitaram a realização desta pesquisa, contribuindo para o crescimento científico e humano que este trabalho representa.

Financiamento

Não houve.

Conflitos de Interesse

Não há conflitos de interesse.

Contribuições Autorais

As alunas Anne Catharine Vanucci e Giulia Monteiro de Abreu Testagrossa foram responsáveis pela concepção do estudo, delineamento metodológico, coleta e análise dos dados, bem como pela redação do manuscrito. A Dra. Maria Luisa Diaz Cunha David orientou o desenvolvimento do trabalho, supervisionou a análise crítica do conteúdo científico e realizou a revisão final do texto, garantindo sua adequação metodológica e teórica. O Dr Francisco Lázaro Pereira de Sousa atuou como co-orientador do desenvolvimento do estudo. Todas as autoras leram e aprovaram a versão final do manuscrito, assumindo responsabilidade pela precisão e integridade de todas as partes do trabalho.

Referências

1. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323-e333.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists; Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy: report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2013;122(5):1122-1131.
3. Pacagnella RC, Nakamura-Pereira M, Gomes-Sponholz F, Aguiar RALP, Guerra GVQL, Diniz CSG, et al. Maternal mortality in Brazil: proposals and strategies for its reduction. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018;40(9):501-506. doi:10.1055/s-0038-1672181.
4. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). *Síndromes hipertensivas da gravidez* [Internet]. São Paulo: FEBRASGO; 2024 [cited 2025 Nov 9]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1886-sindromes-hipertensivas-da-gravidez>
5. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG). *Síndrome HELLP: protocolo clínico*. São Paulo: RBEHG; 2025.
6. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coeficientes de natimortalidade, mortalidade perinatal e mortalidade infantil por município de residência, Região Metropolitana

da Baixada Santista – 2025 [tabela]. São Paulo: SES-SP; 2025 Oct 22. Fonte: SIM/SINASC. Dados provisórios.

7. World Health Organization (WHO). Neonatal mortality rate (per 1 000 live births) [Internet]. World Health Statistics 2024. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Nov 10]. Available from: <https://data.who.int/indicators/i/E3CAF2B/A4C49D3>
8. Brown MA, Magee LA, Kenny LC, Karumanchi SA, McCarthy FP, Saito S, et al. The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis and management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens.* 2021;27(Suppl 1):148-169. Available from: <https://isshp.org/wp-content/uploads/2023/09/ISSHP-2021-guidelines.pdf>
9. Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1982;142:159-167.
10. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG). *Hipertensão arterial crônica na gravidez (HAC 2025)*. São Paulo: RBEHG; 2025.
11. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG). *Protocolo RBEHG 2025: síndromes hipertensivas da gravidez*. São Paulo: RBEHG; 2025.
12. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG). *Puerpério 2025: rastreamento e seguimento de mulheres com distúrbios hipertensivos*. São Paulo: RBEHG; 2025.
13. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG). *Protocolo assistencial das síndromes hipertensivas da gestação*. São Paulo: RBEHG; 2025.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Protocolo de atenção à gestante com síndromes hipertensivas*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022.
15. Silva TR, Souza JP, Almeida ML. Síndromes hipertensivas da gestação: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2020;20(1):245-254.
16. Organização Mundial da Saúde (OMS). *WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia*. Geneva: WHO; 2019.
17. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). *Protocolo FEBRASGO nº 18/2021: hipertensão e pré-eclâmpsia na gestação*. São Paulo: FEBRASGO; 2021.
18. Yamada T, Katayama Y, Arata N, et al. Obesity and the risk of hypertensive disorders in pregnancy: systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;146(2):210-220.
19. Wilcox T, Yamada T, Kramer MS, et al. Maternal obesity and risk of pre-eclampsia: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2018;131(2):246-254.
20. Carvalho AM, Silva DM, Ribeiro JF, et al. Fatores maternos associados à prematuridade e complicações neonatais em maternidades públicas brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2021;43(7):541-548.
21. Lopes CS, Nogueira DC, Andrade FP, et al. Comorbidades maternas e desfechos perinatais em gestações de alto risco. *Rev Saúde Pública.* 2019;53(3):45-52.
22. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013: institui as diretrizes para a organização da atenção à saúde na gestação de alto risco e define os critérios para implantação e habilitação dos serviços de referência*. *Diário Oficial da União* [Internet].

Brasília (DF); 2013 [cited 2025 Nov 9]. Available from:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html

23. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008: dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal*. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília (DF); 2008 [cited 2025 Nov 9]. Available from:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html

24. Ministério da Saúde (Brasil). *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): tipologia de serviços de atenção obstétrica – risco habitual e alto risco*. Brasília (DF); 2023 [cited 2025 Nov 9]. Available from: <https://cnes.datasus.gov.br>.

25. Ministério da Saúde (Brasil). Apresentação da Rede ALYNE [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 10]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/apresentacoes/2024/apresentacao-rede-alyne?utm_source=chatgpt.com