



## **HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GESTAÇÃO: PERFIL CLÍNICO E COMPLICAÇÕES EM GESTANTES DE ALTO RISCO EM JOÃO PESSOA (PB)**

Mayara dos Santos Camêlo Moreira<sup>1</sup>; Camila Lucena de Oliveira<sup>2</sup>; Ana Letícia Almeida Barbosa<sup>3</sup>; Bianca Alves de Sousa<sup>4</sup>; Taciana Assis Bezerra Negri<sup>5</sup>; Ritta de Cássia Vilar Honório da Costa<sup>6</sup>; Fabiana Medeiros de Brito<sup>7</sup>. <sup>1234567</sup>Afya Paraíba, João Pessoa - PB

**Linha de pesquisa:** Liga de Acadêmica

### **Introdução**

A hipertensão arterial na gestação é um relevante problema de saúde pública e uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. As síndromes hipertensivas da gestação (SHG) são: hipertensão gestacional, hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hipertensão crônica sobreposta, acometem 5% a 10% das gestações e estão associadas a parto prematuro, restrição de crescimento fetal e mortalidade perinatal (FEBRASGO, 2024; SBC, 2024; Ferreira, 2024). No Brasil, permanecem entre as principais causas diretas de morte materna (BRASIL, 2023).

A fisiopatologia envolve disfunção endotelial, inflamação sistêmica e placentação inadequada. A invasão trofoblástica deficiente reduz o fluxo sanguíneo placentário e aumenta a liberação de mediadores antiangiogênicos, levando à vasoconstrição e elevação pressórica (Cunha; Landim, 2025; Ferreira, 2024). Essas alterações favorecem complicações como pré-eclâmpsia e eclâmpsia (Silva et al., 2021).

Entre os principais fatores de risco destacam-se idade materna >35 anos, obesidade, história familiar de hipertensão, diabetes, nuliparidade e gestação múltipla (Pereira et al., 2019; Guida et al., 2022). A detecção precoce e o manejo adequado durante o pré-natal reduzem complicações e melhoram os desfechos obstétricos (SBC, 2024; FEBRASGO, 2024). O controle rigoroso da pressão arterial e o acompanhamento em serviços especializados são fundamentais, com recomendação de manter a pressão diastólica em torno de 85 mmHg (SBC, 2024). Contudo, as SHG continuam desafiadoras, especialmente em cenários de vulnerabilidade social.

O Instituto Cândida Vargas (ICV), referência em gestação de alto risco em João Pessoa (PB), desempenha papel essencial na assistência obstétrica especializada. A análise do perfil clínico dessas gestantes contribui para compreender o panorama regional e orientar ações que reduzam a morbimortalidade materna e perinatal. Diante disso, o presente estudo objetiva descrever o perfil clínico e as principais complicações associadas à hipertensão arterial em gestantes de alto risco atendidas no ICV, fortalecendo a assistência e as políticas públicas de saúde da mulher.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no Instituto Cândida Vargas (ICV), serviço de referência em gestação de alto risco no município de João Pessoa, Paraíba. A população do estudo correspondeu a todas as gestantes internadas no ICV em dezembro 2024, e a amostra foi composta pelos prontuários de gestantes com diagnóstico de hipertensão arterial crônica ou gestacional. Do total de 273 prontuários analisados, 58 atenderam aos critérios de elegibilidade.

Os dados foram coletados no período de agosto a setembro do corrente ano, por meio da revisão dos prontuários clínicos abrangendo informações sobre idade, paridade, tipo de parto, parâmetros cardiovasculares (pressão arterial) e complicações obstétricas. Foram excluídos os prontuários incompletos.

As informações foram organizadas em banco de dados e analisadas por meio de estatística descritiva (frequências, médias e desvios-padrão) utilizando o software R. O estudo respeitou as normas éticas vigentes, com garantia de anonimato e confidencialidade dos dados, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas Humanas (CEP) da Afya Faculdade de Ciências Médicas (CAAE:89390025.80000.5178).

## **Resultados e Discussão**

Entre os 273 prontuários analisados, 21,2% (n=58) atenderam aos critérios de elegibilidade, correspondendo às gestantes com hipertensão arterial internadas no serviço de referência. A média de idade foi de 28,55 anos ( $\pm 6,17$ ), variando entre 16 e 39 anos, com maior concentração entre 25 e 36 anos. A média de gestações foi de 2,45 ( $\pm 1,52$ ) e a de partos de 1,57 ( $\pm 1,37$ ), enquanto 36,2% (n=21) eram primigestas. O número de abortos variou de 0 a 3, com média de 0,24 ( $\pm 0,60$ ). Esses valores reforçam o perfil observado em publicações recentes, que apontam maior prevalência de hipertensão gestacional em mulheres adultas

jovens, especialmente aquelas com múltiplas responsabilidades e exposição a fatores estressores (Ferreira, 2024; FEBRASGO, 2024).

A idade gestacional média no momento da internação foi de 35,12 semanas ( $\pm 6,58$ ), variando de 7 a 41 semanas, com predominância de gestações a termo. O parto cesáreo foi o mais prevalente, ocorrendo em 63,8% (n=37) dos casos, enquanto 20,7% (n=12) foram partos vaginais. A elevada taxa de cesarianas acompanha tendência nacional e está frequentemente associada à necessidade de interrupção da gestação diante de riscos maternos e fetais decorrentes da hipertensão (Sousa, 2025; FEBRASGO, 2024). Dados do Ministério da Saúde apontam que 56,9% das gestantes hipertensas foram submetidas à cesariana em 2022 (Brasil, 2023), o que reforça o padrão observado no presente estudo. Pesquisas também indicam maior risco de cesárea em gestantes com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia devido à instabilidade hemodinâmica e ao risco de sofrimento fetal (Gascho et al., 2017; FEBRASGO, 2017).

Em relação ao tipo de hipertensão arterial, 56,9% (n=33) apresentaram hipertensão gestacional e 43,1% (n=25) hipertensão crônica. Os valores médios de pressão arterial foram elevados, com PAS de 152,09 mmHg ( $\pm 19,80$ ) e PAD de 94,74 mmHg ( $\pm 13,51$ ), condizentes com critérios diagnósticos das diretrizes brasileiras, que consideram hipertensão na gestação valores de PAS  $\geq 140$  mmHg e PAD  $\geq 90$  mmHg, sendo PAS  $\geq 160$  mmHg e PAD  $\geq 110$  mmHg característicos de quadro grave (SBC, 2024; FEBRASGO, 2024; Sousa, 2025). Essas diretrizes recomendam vigilância intensificada, controle pressórico rigoroso e manutenção da PAD em torno de 85 mmHg para reduzir complicações maternas e fetais (SBC, 2024; FEBRASGO, 2024).

As intercorrências obstétricas foram frequentes, acometendo 65,5% das gestantes. As complicações de maior prevalência incluíram pré-eclâmpsia (29,3%; n=17), pré-eclâmpsia associada a outras condições (10,3%; n=6) e diabetes gestacional (8,6%; n=5). Apenas 34,5% (n=20) não apresentaram complicações. Em comparação com a literatura, observa-se prevalência mais alta do que a descrita para a população geral: Guida et al. (2022) registraram 6,7% de pré-eclâmpsia entre gestantes brasileiras, e Pereira et al. (2019), 7,5% entre nulíparas saudáveis. Esses dados sugerem que o perfil atendido no ICV representa um grupo de maior risco, possivelmente com comorbidades ou fatores agravantes que justificaram a internação. A pré-eclâmpsia é amplamente reconhecida como condição grave, associada à restrição de crescimento fetal, parto prematuro e aumento da taxa de cesarianas (FEBRASGO, 2024; Ferreira, 2024; Sousa, 2025; Cunha, 2025), além de continuar figurando como uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil (Brasil, 2023).

## Considerações Finais

Observou-se um perfil de gestantes jovens, com predomínio de partos cesáreos e presença de complicações relacionadas a distúrbios hipertensivos. Essas evidências reforçam a complexidade do manejo dessas gestantes. Constatou-se que a hipertensão arterial na gestação continua configurando-se como uma relevante causa de morbimortalidade materna e perinatal, convergindo para a necessidade de vigilância intensiva em serviços de alto risco. Verificou-se elevada prevalência de partos cesáreos e complicações associados, principalmente a pré-eclâmpsia, o que reforça a importância de manejo multiprofissional e de acompanhamento pré-natal diferenciado. Tais achados orientam o fortalecimento das estratégias de prevenção e cuidado direcionados à saúde da mulher, e desse modo subsidiar políticas públicas e protocolos clínicos em contextos obstétricos semelhantes.

## Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de nascimentos e partos no Brasil: 2022**. Brasília: MS, 2023.

CUNHA, M.; LANDIM, M. Assistência pré-natal e hipertensão arterial sistêmica prévia em mulheres com pré-eclâmpsia. *Revista Contexto & Saúde*, v.25, n.50, 2025.

FEBRASGO. **Síndromes Hipertensivas na Gestação**. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2024. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1886-sindromes-hipertensivas-da-gravidez> Acesso em: 29 de out. 2025.

FERREIRA, B. Hipertensão arterial na gestação: diagnóstico, classificação e tratamento. *Revista Nursing*, 2024.

GASCHO, C. et al. Preditores de cesariana em gestantes com diabetes mellitus gestacional. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 39, n. 2, p. 75-81, 2017.

GUIDA, J. et al. Prevalence of preeclampsia in Brazil: an integrative review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 44, n. 7, p. 615-622, 2022.

PEREIRA, A. et al. Incidence and risk factors for preeclampsia in a cohort of healthy nulliparous women: a nested case-control study. *Scientific Reports*, v. 9, 9517, 2019.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretriz sobre hipertensão arterial na gestação**. 2024.

SILVA, L. et al. Fatores associados às síndromes hipertensivas da gestação em serviço de referência. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 21, n. 4, p. 975-983, 2021.

SOUSA, F. et al. **Hipertensão Arterial Crônica. Protocolo no. 04/2025** - Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão e Gravidez (RBEHG), 2025.

