



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ELLEN CRISTINA SILVA BATISTA

**SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO: PERFIL  
DAS GESTANTES, ESTRATÉGIAS DIAGNÓSTICAS E MANEJO CLÍNICO  
À LUZ DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

ELLEN CRISTINA SILVA BATISTA

**SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO: PERFIL  
DAS GESTANTES, ESTRATÉGIAS DIAGNÓSTICAS E MANEJO CLÍNICO  
À LUZ DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Campus Cuité-PB, em cumprimento às exigências para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Gigliola Marcos Bernardo de lima.

B333s Batista, Ellen Cristina Silva.

Síndromes hipertensivas específicas da gestação: perfil das gestantes, estratégias diagnósticas e manejo clínico à luz de uma revisão integrativa. / Ellen Cristina Silva Batista. - Cuité, 2025.  
29 f. il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2025.

"Orientação: Profa. Dra. Gigliola Marcos Bernardo de Lima".

Referências.

1. Obstetrícia. 2. Gestação. 3. Gestação – síndrome hipertensiva. 4. Gestante hipertensiva. 5. Hipertensão - gestante. 6. Centro de Educação e Saúde. I. Lima, Gigliola Marcos Bernardo de. II. Título.

CDU 618.2 (043)

**ELLEN CRISTINA SILVA BATISTA**

**SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO: PERFIL  
DAS GESTANTES, ESTRATÉGIAS DIAGNÓSTICAS E MANEJO CLÍNICO  
À LUZ DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de Bacharelado em  
Enfermagem do Centro de Educação e  
Saúde – *Campus Cuité*, como pré-requisito  
para a obtenção do título de Bacharel em  
Enfermagem. Orientadora: Prof. Dra. Gigliola  
Marcos Bernardo de Lima.**

**Banca examinadora:**

Documento assinado digitalmente  
 **GIGLIOLA MARCOS BERNARDO DE LIMA**  
Data: 30/04/2025 18:51:55-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Prof. Dra. Gigliola Marcos Bernardo de Lima**

**Orientadora – UFCG**

Documento assinado digitalmente  
 **HELOISY ALVES DE MEDEIROS LEANO**  
Data: 01/05/2025 11:46:25-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Prof. Dra. Heloisy Alvez de Medeiros Leano**

**Membro – UFCG**

**Prof. Dra. Yonara Monique da Costa Oliveira**

**Membro – UFCG**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por nunca me abandonar e me amparar principalmente nos momentos de angústia, pois sem ele eu não teria forças para chegar até aqui.

Agradeço profundamente aos meus pais, Elaine e Juquinha, por sempre acreditarem em mim e não medirem esforços para que eu realizasse meus sonhos, me ensinando a importância de nunca abandonar meus objetivos, sempre foram exemplos de força e perseverança, me mostraram o valor do trabalho e me incentivaram a agir com coragem. Sou eternamente grata a ambos por todos os anos de cuidado, apoio e dedicação.

Agradeço a minha família, em especial aos meus irmãos Raul e Ruan, minha Avó Neném e aos meus padrinhos Jan e Christiane que sempre me motivaram a querer crescer.

Agradeço ao meu namorado, Jerry, pelo constante apoio e pela dedicação à nossa família ao longo desta jornada. Sua colaboração e incentivo foram fundamentais para o meu progresso.

Agradeço ao meu filho Caleb, minha maior fonte de motivação e amor. Sua presença ilumina minha vida, trazendo alegria e esperança, especialmente nos momentos mais difíceis. Sou imensamente grata por ser sua mãe e por todo o amor que você me proporciona.

Agradeço, com todo o meu coração, às minhas amigas, em especial a Aisla e Iara, que se tornaram mais do que companheiras de caminhada, tornaram-se parte essencial da minha história. Trouxeram leveza, cumplicidade e sempre estiveram ao meu lado nos momentos mais desafiadores e nos mais felizes. Sou imensamente grata por tê-las na minha vida e por todo o amor e amizade compartilhados ao longo dessa jornada.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Gigliola, pela dedicação e apoio durante toda essa trajetória. Sou grata por sua orientação atenta e por me guiar com sabedoria nos momentos desafiadores. Cada ensinamento seu foi fundamental para a realização deste trabalho e para o meu crescimento pessoal e acadêmico. Agradeço, com sincera gratidão, às professoras Heloisy e Yonara, membros da banca examinadora, pela disponibilidade, dedicação e compromisso ao contribuírem com seu tempo e conhecimento para a avaliação deste trabalho.

Essa conquista não é só minha, mas o reflexo do apoio e carinho de pessoas especiais ao meu redor. Sou grata por cada passo compartilhado e espero que esta seja apenas a primeira de muitas vitórias, sempre ao lado de quem me acompanha e torce por mim.

## RESUMO

As síndromes hipertensivas na gestação são caracterizadas pela elevação da pressão arterial, com ou sem a presença de proteinúria, podendo resultar em complicações graves tanto para a mãe quanto para o feto. O diagnóstico precoce, o monitoramento contínuo e a intervenção adequada são essenciais para prevenir o desenvolvimento de formas graves dessas condições. Neste sentido, este estudo tem por objetivo identificar e analisar as principais repercussões das síndromes hipertensivas específicas da gravidez à luz de uma revisão integrativa. Trata-se de estudo ancorado na abordagem qualitativa do tipo revisão integrativa cuja base de dados utilizou-se o SciElo de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Para a busca foram utilizados três descritores DeCS/MeSH, a saber: “Hipertensão”, “Gravidez” e “Alto risco”. Diante da elegibilidade dos estudos, e respeitando os critérios de inclusão e exclusão, foram utilizados 09 artigos para a composição do *corpus* de análise, selecionando os estudos os quais respondiam à pergunta norteadora e que foram publicados entre os anos de 2020 à 2025. Após essa etapa identificou-se três categorias temáticas, sendo elas: Perfil das gestantes diagnosticadas com as síndromes hipertensivas; Importância do diagnóstico preciso e avaliação de risco e Manejo clínico e tratamento das síndromes hipertensivas na gestação. Ao final do estudo destaca-se que as síndromes hipertensivas gestacionais (SHG) estão associadas ao alto índice de obesidade, baixa qualidade do pré-natal, falta de recursos e vulnerabilidade social. Condições como pré-eclâmpsia e eclâmpsia representam sérios riscos para mãe e bebê, podendo levar a complicações graves e parto prematuro. O controle da pressão arterial e o acompanhamento por equipe multiprofissional são essenciais para a prevenção de desfechos negativos. Assim, urge a necessidade de investimentos em prevenção, qualificação profissional e fortalecimento da atenção primária para reduzir a morbimortalidade materna e neonatal.

**Palavras-chaves: hipertensão, gestação, repercussões.**

## ABSTRACT

Hypertensive syndromes in pregnancy are characterized by elevated blood pressure, with or without the presence of proteinuria, and may result in serious complications for both the mother and the fetus. Early diagnosis, continuous monitoring, and appropriate intervention are essential to prevent the development of severe forms of these conditions. In this sense, this study aims to identify and analyze the main repercussions of pregnancy-specific hypertensive syndromes in the light of an integrative review. This is a study anchored in the qualitative approach of the integrative review type, using the SciELO database according to previously established inclusion and exclusion criteria. For the search, three DeCS/MeSH descriptors were used, namely: “Hypertension”, “Pregnancy”, and “High Risk”. In view of the eligibility of the studies, and respecting the inclusion and exclusion criteria, 09 articles were used to compose the analysis corpus, selecting the studies that answered the guiding question and that were published between the years 2020 to 2025. After this stage, three thematic categories were identified, namely: Profile of pregnant women diagnosed with hypertensive syndromes; Importance of accurate diagnosis and risk assessment; and Clinical management and treatment of hypertensive syndromes in pregnancy. At the end of the study, it is highlighted that gestational hypertensive syndromes (GHS) are associated with a high rate of obesity, poor quality of prenatal care, lack of resources, and social vulnerability. Conditions such as preeclampsia and eclampsia pose serious risks to the mother and baby, potentially leading to severe complications and preterm birth. Blood pressure control and follow-up by a multidisciplinary team are essential for the prevention of negative outcomes. Thus, there is an urgent need for investments in prevention, professional qualification, and strengthening of primary care to reduce maternal and neonatal morbidity and mortality.

Keywords: hypertension, pregnancy, repercussions

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	07
<b>2 OBJETIVO</b> .....	09
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	10
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	13
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	15
5.1 PERFIL DAS GESTANTES DIAGNOSTICADAS COM AS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS.....	21
5.2 IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECISO E AVALIAÇÃO DE RISCO.....	22
5.3 MANEJO CLÍNICO E TRATAMENTO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO .....	24
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	26
<b>7 REFERÊNCIAS</b> .....	28

## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão durante a gestação é a primeira causa de mortalidade materna no mundo, ocorrendo em 6 a 17% das gestantes nulíparas e em 2 a 4% das múltíparas, das quais, 20 a 50% progridem para a pré-eclâmpsia. No Brasil, em 2014, a mortalidade materna pelas SHG foi representada pelo coeficiente de 10.8 mortes a cada 100 mil nascimentos 3 Paralelo aos dados de mortalidade materna. a taxa de mortalidade neonatal precoce por causas evitáveis, dentre as quais incluem os casos referentes à hipertensão durante a gestação, foi de 2,7 óbitos para uma proporção de 100 mil nascidos vivos (Cassiano, 2020).

O período gravídico é um processo fisiológico na vida da mulher e geralmente culmina em desfechos bem sucedido. Apesar disso, algumas gestantes, por serem portadoras de alguma doença ou sofrerem algum agravo nesse período, podem apresentar maiores probabilidades de evolução desfavorável, tais como, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de HELLP (Rezende, 2024).

A pré-eclâmpsia é uma síndrome hipertensiva da gestação, também chamada de Toxemia Gravídica, significa a Hipertensão Arterial Gestacional com a presença de proteinúria (presença de proteína na urina,  $> 300\text{mg}$  ou com relação proteína/creatinina  $> 0,3$  em amostra de urina), que indica lesão de vias renais. Não há obrigatoriedade na presença de proteinúria para diagnóstico da PE. Em sua ausência pode ser considerada caso haja hipertensão associada a trombocitopenia (contagem de plaquetas  $< 100.000/\text{mm}^3$ ), comprometimento da função hepática (elevação das enzimas transaminases de 2 vezes a concentração normal), desenvolvimento de insuficiência renal (creatinina no soro  $> 1,1 \text{ mg/d}$  ou sua duplicação, inexistente outra doença renal), edema de pulmão e cefaleia de início recente não responsiva a medicações e sem diagnóstico alternativo ou distúrbios visuais. (Rezende, 2024).

A eclâmpsia por sua vez é uma complicação da Pré-eclâmpsia, em que ocorrem convulsões tônico-clônicas ou coma devido a lesão cerebral secundária à hipertensão na gestação, condição que pode ser fatal se não for manejada imediatamente. A síndrome HELLP trata-se de uma forma grave de pré-eclâmpsia, caracterizada por hemólise (H - hemolysis), elevação das enzimas hepáticas (EL - elevated liver) e baixa de plaquetas (LP - low platelets). A síndrome HELLP costuma desenvolver-se de maneira repentina durante a gravidez e em cerca de 20% dos casos de pré-eclâmpsia (Rezende, 2024, p. 383).

Minha aproximação com a temática surgiu a partir da minha experiência pessoal como gestante de alto risco. Ao engravidar esperamos que a gravidez decorra dentro do risco

habitual. Porém, ao nos deparar com um diagnóstico de gravidez de alto risco medos e ansiedades facilmente se afluam. Assim, diante do exposto, este estudo teve como questão norteadora a seguinte pergunta: como as síndromes hipertensivas da gravidez repercutem nas mulheres que as vivenciaram segundo os periódicos científicos atuais? Nesse sentido, a seguir iremos descrever o objetivo desse estudo.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Identificar e analisar as principais repercussões das síndromes hipertensivas específicas da gravidez à luz de uma revisão integrativa.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A toxemia gravídica é um distúrbio multissistêmico que geralmente se desenvolve na segunda metade da gestação, é caracterizada por hipertensão e proteinúria. Em estágios avançados, pode levar a convulsões, sendo então denominada eclâmpsia. A condição conhecida como pré-eclâmpsia é progressiva e requer monitoramento constante para detectar sinais graves. Ela é a principal causa de mortalidade materna e perinatal em Obstetrícia. (Rezende, 2024).

A pré-eclâmpsia afeta globalmente de 2% a 3% das gestantes, mas nos EUA, sua incidência subiu para 5% a 10% nas últimas duas décadas devido a fatores como hipertensão, diabetes e idade avançada. No período de 2011 a 2012, a taxa de pré-eclâmpsia na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro foi de cerca de 7%. Anualmente, cerca de 70 mil mulheres e 500 mil fetos ou neonatos morrem devido a complicações relacionadas a desordens hipertensivas. Na América Latina e no Caribe essas desordens são a principal causa de mortalidade materna (26%), enquanto em países desenvolvidos são a segunda mais comum (16%), com a hemorragia cerebral sendo a principal causa de morte materna, seguida por edema pulmonar e complicações hepáticas (Rezende, 2024).

A pré-eclâmpsia grave não é mais diagnosticada apenas com base na proteinúria, mas também por critérios adicionais, como trombocitopenia, alterações hepáticas, insuficiência renal, edema pulmonar e distúrbios cerebrais ou visuais. A hipertensão gestacional surge após a 20ª semana de gestação, sem proteinúria ou outras alterações sistêmicas. A hipertensão crônica é aquela que já está presente antes da gravidez, enquanto a pré-eclâmpsia superajuntada é a combinação de hipertensão crônica com pré-eclâmpsia (Rezende, 2024).

O mesmo autor anterior propõe um mecanismo imune para a pré-eclâmpsia que se desenvolve em três estágios. No estágio 0, pré-concepcional, a exposição ao sêmen paterno induz a tolerância materna aos antígenos feto-paternos, reduzindo o risco de pré-eclâmpsia. O estágio 1 envolve desregulação imunológica parcial, afetando a tolerância ao trofoblasto. O estágio 2 é caracterizado pela placentação defeituosa resultando em estresse oxidativo e liberação aumentada de fatores na circulação materna. Por fim, o estágio 3 é marcado por uma reação inflamatória materna sistêmica exagerada e disfunção endotelial, resultando no diagnóstico clínico da pré-eclâmpsia, com hipertensão e proteinúria.

Até recentemente, a origem das artérias basais na gravidez era debatida entre a decídua e o miométrio. No entanto, biópsias do leito placentário confirmaram sua origem miometrial. As

artérias espiraladas, responsáveis pelo suprimento sanguíneo final para a placenta, são derivadas do miométrio interno e têm estrutura normal. Durante a gravidez, essas artérias passam por alterações para se tornarem vasos complacentes, de baixa resistência, permitindo um aumento significativo no fluxo sanguíneo uterino. Essa remodelação vascular é fundamental para o desenvolvimento adequado da gestação. Em condições como pré-eclâmpsia e crescimento intrauterino restrito, a placentação profunda defeituosa está associada à ausência ou incompletude da remodelação das artérias espiraladas na zona de junção miometrial (Rezende, 2024).

A pré-eclâmpsia é uma condição grave e que pode causar uma série de complicações tanto para a mãe quanto para o feto. Entre essas complicações estão alterações renais, problemas cardíacos, hepáticos e cerebrais, como insuficiência renal, hipertensão arterial, síndrome HELLP com necrose hepática, convulsões eclâmpticas e edema cerebral. Além disso, podem surgir distúrbios sanguíneos, como trombocitopenia e hemólise, e retenção de líquidos, resultando em edema e aumento da pressão arterial. A circulação sanguínea reduzida para a placenta pode levar a infartos, crescimento fetal comprometido e descolamento prematuro da placenta, aumentando o risco de complicações para o bebê, como restrição de crescimento intrauterino e oligodrâmnio (Brasil, 2022).

A placentação também é considerada um processo importante para o desenvolvimento ou não das síndromes hipertensivas da gravidez, onde o desenvolvimento de artérias espiraladas que fornecem sangue à placenta, passam por uma transformação para se tornarem vasos de baixa resistência, essencial para o fluxo sanguíneo adequado durante a gravidez. Esse processo ocorre em cinco etapas, começando com alterações no endotélio e terminando com a regeneração dos vasos. Na pré-eclâmpsia, essa transformação das artérias espiraladas é inadequada, resultando em uma perfusão deficiente da placenta e podendo levar a problemas como crescimento restrito do feto e parto prematuro. Além disso, a pré-eclâmpsia é associada à disfunção das células endoteliais e a uma resposta inflamatória generalizada, que causa hipertensão e proteinúria. (Rezende, 2024).

O diagnóstico da pré-eclâmpsia é feito quando uma gestante apresenta hipertensão arterial sistêmica (pressão igual ou superior a 140/90 mmHg após a 20ª semana de gestação) combinada com proteinúria significativa (300 mg ou mais de proteína em uma amostra de urina de 24 horas ou uma razão proteína/creatinina maior ou igual a 0,3), na ausência da proteinúria pode ser considerado outros sinais como disfunção hepática, trombocitopenia, dor abdominal, cefaleia persistente, alterações visuais, edema pulmonar ou cefaleia de início recente não responsiva a medicações e sem diagnóstico alternativo ou distúrbios visuais. A eclâmpsia é diagnosticada quando uma paciente desenvolve convulsões ou coma. Já a Síndrome HELLP, geralmente uma complicação grave da pré-eclâmpsia, é por vezes diagnosticada por critérios

clínicos, como dor abdominal intensa no quadrante superior direito, náuseas ou vômitos, e mal-estar geral, combinados com critérios laboratoriais que incluem elevação das enzimas hepáticas (AST e ALT) acima do normal, e trombocitopenia com contagem de plaquetas abaixo de 100.000/mm<sup>3</sup>. Além disso, a presença de lesão hepática é um indicador de síndrome HELLP, confirmada pela necrose hemorrágica periportal e pelo acúmulo de material fibrinoide nos sinusoides hepáticos, evidências que podem ser detectadas por exames de imagem e testes laboratoriais. Ao integrar esses achados, podemos confirmar o diagnóstico, o qual é crucial para garantir um tratamento adequado e prevenir complicações sérias para a mãe e o feto (Brasil, 2023).

A prevenção da pré-eclâmpsia, conforme indicado pelo Manual de Gestação de Alto Risco, envolve várias estratégias. Recomenda-se a suplementação de cálcio para mulheres com ingestão dietética insuficiente desse mineral, o que demonstrou reduzir o risco da condição. Além disso, a prescrição do ácido acetilsalicílico para mulheres em alto risco pode diminuir tanto a incidência quanto a gravidade da pré-eclâmpsia. Práticas saudáveis de estilo de vida, como controle da pressão arterial e do peso corporal, uma dieta equilibrada e exercícios regulares, são fundamentais. Durante o pré-natal, a monitorização frequente da pressão arterial e exames laboratoriais são realizados para detectar precocemente sinais de pré-eclâmpsia em desenvolvimento, permitindo o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno dos fatores de risco. (Brasil, 2022).

Atualmente não se faz mais a distinção entre pré-eclâmpsia (PE) leve e grave o que implica na ausência de condutas diferentes para cada tipo. O tratamento da hipertensão gestacional e da PE é geralmente semelhante, baseado no monitoramento dos sinais de gravidade e do bem-estar fetal, no uso de medicamentos anti-hipertensivos, na prevenção da eclâmpsia e na decisão sobre o momento do parto. Quando o diagnóstico de PE é confirmado ou fortemente suspeito, recomenda-se internação hospitalar para avaliação mais detalhada da mãe e do feto. O tratamento imediato da eclâmpsia ou da Síndrome HELLP envolve a administração de Sulfato de Magnésio – MgSO<sub>4</sub> (desde que a unidade hospitalar contenha seu antagonista o Gluconato de Cálcio) para prevenir convulsões e interrupção da gestação (Rezende, 2024).

#### 4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa ancorada numa abordagem quanti-qualitativa do tipo revisão integrativa em que foram percorridas seis etapas para sua realização: 1) elaboração da pergunta norteadora; 2) definição das bases de dados e estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação e discussão dos resultados e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MARTINS *et al.*, 2021).

O levantamento bibliográfico foi realizado no mês de janeiro 2025, através do acesso virtual à base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os descritores foram escolhidos, em português, segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), a saber: “Hipertensão”, “Gravidez” e “Alto risco”. Na estratégia de busca implementada para o cruzamento, foi utilizado o operador booleano “AND” para associar os descritores, de acordo com o quadro, a seguir.

**Quadro 1** - Estratégia de busca implementada para o cruzamento dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) na base de dados SciELO.

Estratégia de busca	Nº de estudos encontrados
Hipertensão AND Gravidez	238
Gravidez AND Alto risco	362
Alto risco AND Hipertensão	241
<b>TOTAL</b>	<b>841</b>

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos publicados durante o período de 2020 a 2025, disponíveis gratuitamente na íntegra, artigos não repetidos na busca e cujos objetivos estivesse voltados ao objetivo desse estudo e escritos em língua portuguesa. Como critérios de exclusão foram adotados: artigos não publicados no período de 2020 a 2025, artigos não

disponíveis na íntegra, repetidos, e que fugissem dos objetivos voltados a temática. Excluíram-se também os documentos que não responderam à pergunta norteadora após a leitura do resumo e/ou texto completo.

Foi construído pela pesquisadora participante e pesquisadora responsável um instrumento para condensação dos achados do levantamento bibliográfico utilizando o editor de planilhas Microsoft Office Excel, versão 2016. O instrumento foi composto por frações objetivando a descrição dos artigos filtrados, a saber: título, autor, ano, objetivos, delineamento metodológico e principais.

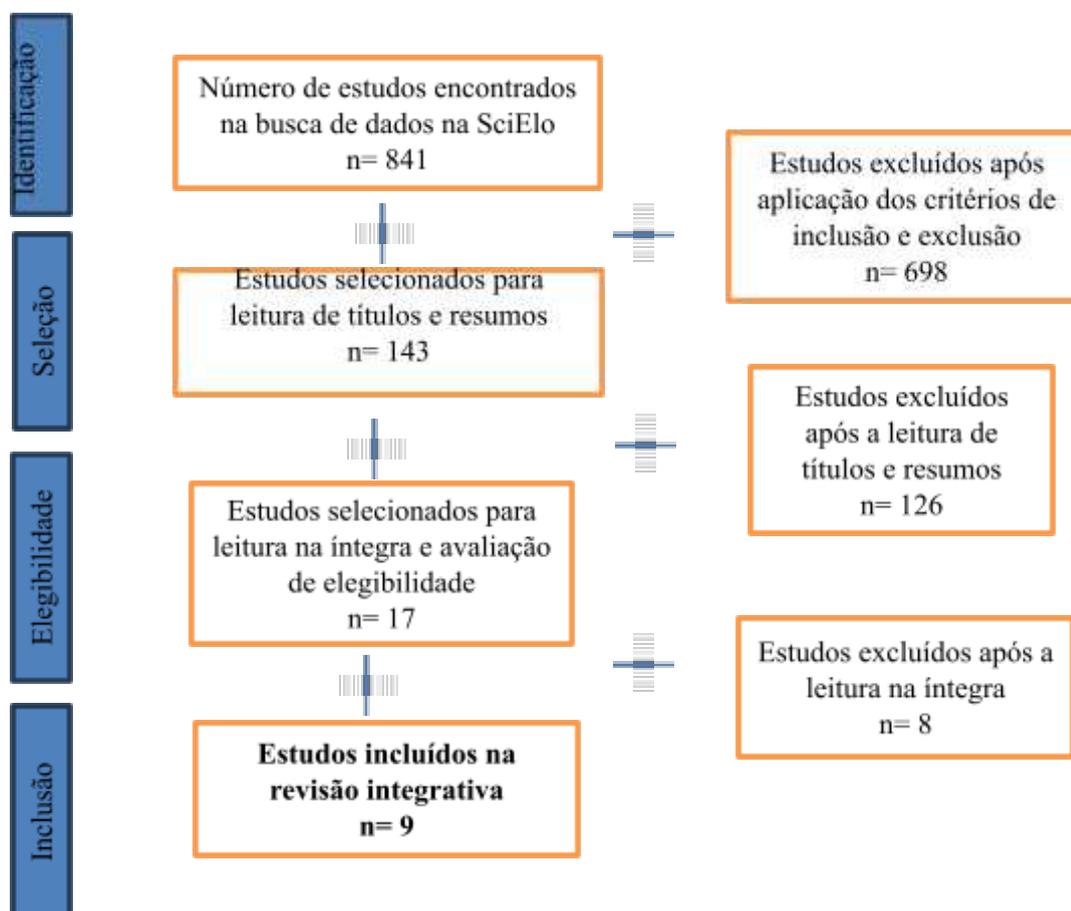
## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primariamente foram identificadas 841 publicações das quais diante da elegibilidade dos estudos, e respeitando os critérios de inclusão e exclusão, chegamos ao resultado de 9 artigos para a composição do *corpus* de análise deste estudo, à luz dos artigos que respondiam à pergunta norteadora.

Cabe ressaltar que este tipo de trabalho dispensa a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa. Porém, todos os critérios éticos referentes à preservação de autoria e citação das fontes foram totalmente respeitados.

É pertinente também destacar que para a seleção dos artigos foram aplicadas as seguintes etapas: (I) busca de artigos nas bases de dados; (II) leitura de títulos e resumos, com análise conforme os critérios de elegibilidade; e (III) análise do texto completo dos artigos, sendo incluídos na revisão sistemática apenas aqueles que atendiam aos critérios de inclusão e não apresentavam nenhum dos critérios de exclusão. A seguir, apresentamos a Figura 1 que ilustra o resultado da primeira fase deste estudo:

**Figura 1** - Fluxograma de seleção dos estudos para a revisão integrativa. Janeiro, 2025.

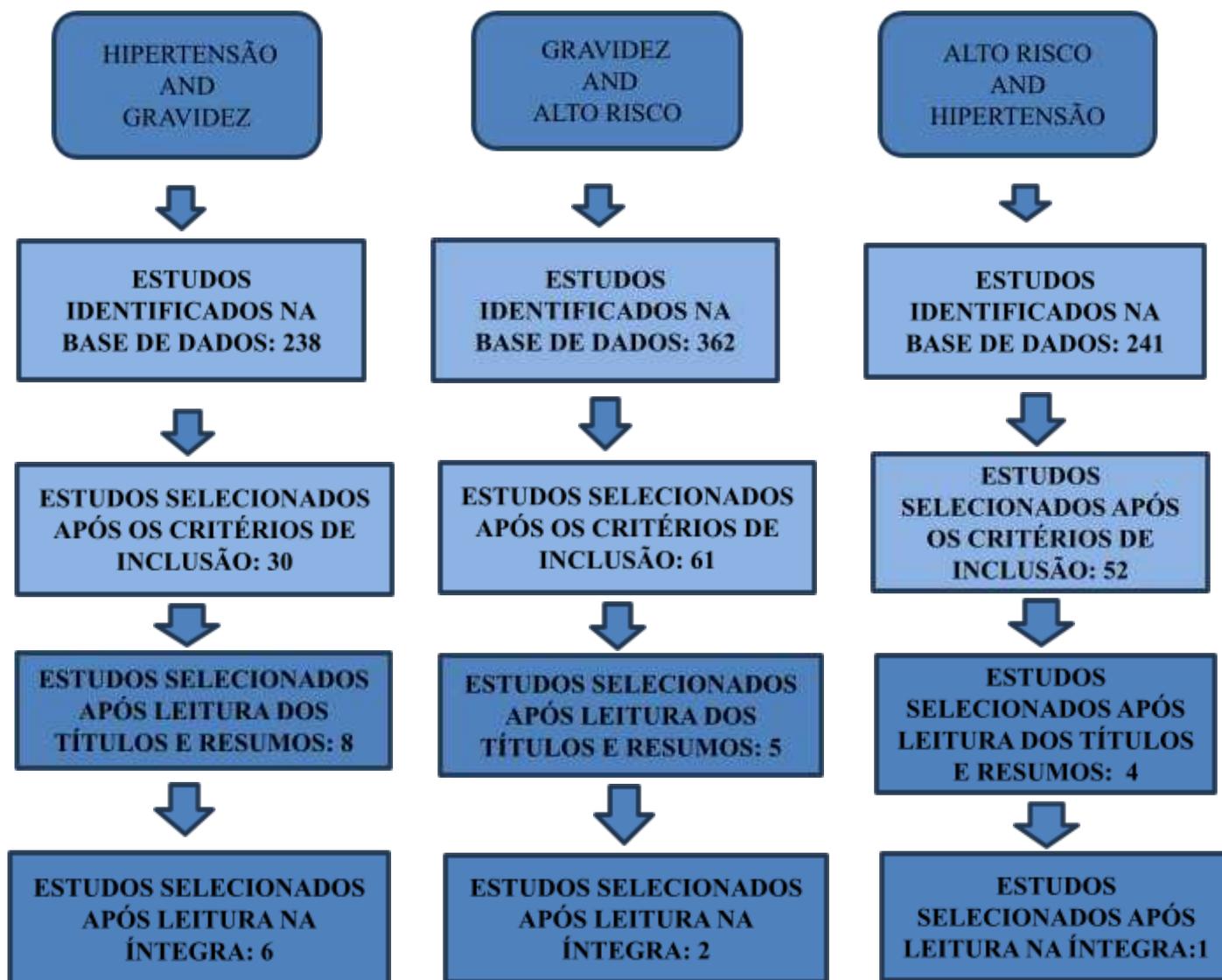


**Fonte:** Autoras (2025).

Após a seleção dos artigos foi criado um quadro com as informações principais de cada estudo, incluindo título, autores, ano de publicação, objetivos, metodologia, local da pesquisa e resultados mais relevantes. Os achados foram apresentados de maneira descritiva, baseando-se na análise crítica dos estudos, com as descobertas organizadas em categorias de análise, destacando as respostas às questões investigadas ao longo da pesquisa.

Para ampliar e facilitar a visualização dos resultados encontrados foram construídos um Fluxograma referente ao passo à passo entre a aplicação dos Descritores, seus cruzamentos e aplicação do critérios de inclusão e exclusão (Figura 2) como também um quadro sinóptico contendo as informações relativas ao autor e ano, título, objetivos, método e principais resultado (Quadro 2). Os quais serão apresentados à seguir:

**Figura 2:** Fluxograma do processo de elegibilidade conforme filtros utilizados nos estudos (2025).



Fonte: Autoras (2025).

Após a combinação dos descritores no banco de dados do SciELO, um total de 841 resultados foi obtido. Foram aplicados critérios de inclusão, seguidos pelo filtro de idioma (língua portuguesa), o que resultou em 593 estudos. Posteriormente, utilizando o filtro de estudos recentes dos últimos cinco anos, restaram 143 estudos. Após revisão dos resumos e títulos, foram selecionados 17 estudos para leitura integral, dos quais 9 foram considerados que respondiam à questão norteadora desta pesquisa e por isso tornaram-se pertinentes para a composição do *corpus* desta pesquisa.

**Quadro 1:** Sinopse dos estudos incluindo autoria, ano de publicação, título do artigo, objetivo, delineamento metodológico e principais resultados.

<b>Efeitos da suplementação do cálcio sobre marcadores da pré-eclâmpsia: ensaio clínico randomizado</b>	Pitilin et al. (2024)	Analisar os efeitos da suplementação de cálcio nos marcadores da pré-eclâmpsia ao longo do tempo, comparando o uso de cálcio em alta e baixa dosagem em mulheres grávidas com hipertensão.	Ensaio clínico randomizado;	Região sul do Brasil	O estudo mostrou que o cálcio, em doses baixas e altas, teve efeitos consistentes ao longo do tempo. Houve redução significativa na pressão arterial sistólica (12,3 mmHg), diastólica (9,2 mmHg), creatinina (3,2 mg/dl) e proteinúria (7,2 mg/dl) no grupo que recebeu 500 mg/dia. Resultados semelhantes ocorreram com a suplementação máxima.
<b>Fatores associados ao excesso de peso, hipertensão e diabetes gestacionais no Norte Brasileiro em 2021.</b>	Almeida et al (2024).	Estimar as prevalências e fatores associados ao excesso de peso, hipertensão e diabetes entre as gestantes da região norte do Brasil.	Estudo transversal.	Região Norte.	Entre 21.652,1 mulheres gestantes, 42,4% apresentaram excesso de peso, 2,65% hipertensão e 9% diabetes. Fatores associados: para excesso de peso, uso de eletrônicos até 3 horas/dia; para hipertensão, TV por 3 ou mais horas e uso de dispositivos por mais de 6 horas/dia; para diabetes, idade de 29 anos, 13 anos de estudo e consumo de mais de 4 refrigerantes/dia.
<b>Hipertensão Arterial na Mulher Grávida.</b>	Cunha et al. (2022)	Rever a Hipertensão arterial na mulher grávida em todos os aspectos fundamentais, para a abordagem mais adequada do ponto de vista do internista.	Artigo de revisão		Os distúrbios hipertensivos na gravidez continuam a apresentar uma causa significativa de morbidade e mortalidade materna e fetal, afetando a saúde futura da mãe e do bebê. É crucial compreender os mecanismos fisiopatológicos, realizar diagnósticos corretos, avaliar os riscos e conhecer as opções de tratamento. A vigilância é essencial, pois esses distúrbios podem evoluir para condições graves. O artigo destaca a importância de uma abordagem adequada pelos profissionais de saúde.
<b>Conhecimento, atitude e prática sobre síndrome hipertensiva gestacional</b>	Jacob et at. (2022)	Avaliar o conhecimento, atitude e prática sobre Síndrome Hipertensiva Gestacional entre gestantes,	Ensaio clínico controlado, randomizado e longitudinal.	Fortaleza-CE, Brasil	A avaliação mostrou uma melhora significativa no conhecimento, atitudes e práticas do grupo que recebeu a intervenção. No sétimo dia, o conhecimento aumentou 6,6 vezes, a atitude 6,1 vezes e as práticas 3,7 vezes. No trigésimo dia, o conhecimento teve um aumento de 6,2 vezes, a atitude 6,4 vezes e as práticas 4,9 vezes.

<b>entre gestantes: Ensaio randomizado</b>		após intervenção educativa.			
<b>Níveis pressóricos e fatores associados em gestantes do Estudo MINA-Brasil</b>	Damasceno et al. (2020)	Investigar os fatores que estão associados aos níveis pressóricos em gestantes	Estudo transversal.	Cruzeiro do Sul, Acre.	A hipertensão arterial apareceu em 0,7% das gestantes. Os fatores que aumentaram a pressão arterial sistólica foram o peso da mulher antes da gravidez e o aumento de peso durante a gestação. Já para a pressão arterial diastólica, os fatores que influenciaram foram a idade da gestante, o nível de escolaridade, o peso antes da gravidez e o aumento de peso durante a gestação.
<b>Perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico de gestantes com Síndrome Hipertensiva de uma maternidade pública</b>	Jacob et al. (2020)	Descrever o perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional.	Estudo descritivo, correlacional, exploratório,	Fortaleza-CE	A maioria das gestantes tinha hipertensão crônica (60,83%). Elas eram, em sua maioria, católicas, pardas, com idade média de 30,9 anos, ensino médio completo, e renda de até R\$ 954,00. Tinham IMC até 66, pressão arterial levemente elevada, e em média, cinco consultas pré-natais. Gestantes com hipertensão crônica eram mais velhas, com menor idade gestacional e mais abortos.
<b>Modelo lógico do acolhimento e classificação de risco às mulheres com pré-eclâmpsia e eclâmpsia.</b>	Silva et al (2023)	Descrever a validação do Modelo Lógico de Acolhimento e Risco Classificação para mulheres com pré-eclâmpsia/eclâmpsia em uma maternidade de alto risco	pesquisa avaliativa, com abordagem quantitativa.	Rio de Janeiro	Foi alcançada a concordância de 24 itens, alcançando Índice de Validação de Conteúdo de 0,99. Os envolvidos incluíram contribuições quanto às correlações entre elementos da estrutura e processo.
<b>Mortalidade</b>	Couto et al	Analisar a correlação	Estudo	Guanambi-Ba	As condições clínicas da gestação que apresentaram correlação

<b>materna por síndrome de HELLP: Interferência do perfil, condições clínicas e ginecológicas durante a gravidez.</b>	(2022)	estabelecida entre perfil, condições clínicas e ginecológicas da gestante e mortalidade materna causada pela síndrome HELLP	correlacional, transversal e retrospectivo.		significativa com a mortalidade materna devido à síndrome foram: vias de parto ( $p=0,023$ ), eclâmpsia ( $p=0,000$ ), presença de pelo menos dois sintomas graves e complicações ( $p=0,005$ ), e o tempo entre o diagnóstico da síndrome e o parto.
<b>Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes.</b>	Sousa et al (2020)	Pesquisar os dados epidemiológicos da hipertensão arterial em gestantes, bem como identificar seus possíveis eventos associados.	Estudo descritivo	São Paulo.	Entre as entrevistadas, 43% apresentavam hipertensão crônica, 33,3% estavam com até 20 semanas de gestação, e 23,7% após a 20ª semana. A maioria (62,3%) tinha idade entre 18 e 35 anos, e 78,1% possuíam histórico familiar de hipertensão. Entre as mulheres de 36 a 45 anos, 11,4% estavam na primeira gestação e 26,3% a partir da segunda. Dentre as condições associadas, 50% tinham diabetes, 22,2% sofriam de obesidade, e 47,5% consumiam alimentos de alto teor energético (processados/ultraprocessados).

Fonte: Autoras (2025).

Em relação aos anos de publicação dos artigos selecionados, três artigos são de 2020, três de 2022, um de 2023 e dois são de 2024. Apesar de se tratar de um tema de grande relevância, a abordagem ainda é frágil nas bases de dados utilizadas. Quanto ao tipo de delineamento das pesquisas analisadas, dois são ensaios clínicos, dois têm abordagem descritiva, três são de caráter transversal, um é uma pesquisa avaliativa com enfoque quantitativo e outro é um artigo de revisão.

Após leitura criteriosa dos artigos foram extraídas três categorias temáticas de acordo com o agrupamento dos estudos, são elas: Perfil de gestantes diagnosticadas com síndromes hipertensivas; Importância do diagnóstico preciso e avaliação de risco e Manejo clínico e tratamento das síndromes hipertensivas na gestação.

### 5.1 CATEGORIA I: PERFIL DE GESTANTES DIAGNOSTICADAS COM SÍNDROMES HIPERTENSIVAS

De acordo com Jacob et al (2020) a prevalência de gestantes com SHG apresenta uma idade média de 30,9 anos, além de estar associada à vulnerabilidade social e ao sobrepeso ou obesidade. De acordo com esse estudo, as gestantes com hipertensão arterial crônica são, em média, mais velhas e têm um número maior de abortos.

Corroborando com o estudo anterior, Vidal (2023) observou que a idade média foi de 30,2 anos, com predominância de mulheres pardas (75%) que mantinham união estável e apresentavam nível de escolaridade abaixo do ensino superior. O Índice de Massa Corporal (IMC) médio foi de 34,9 kg/m<sup>2</sup>. e a maioria das participantes eram múltiparas (62,3%). O distúrbio hipertensivo mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica crônica, afetando 48,8% das participantes, seguido pela hipertensão arterial sistêmica gestacional (30,8%), Pré-eclâmpsia (9,3%) e, por fim, Pré-eclâmpsia superposta (7,0%).

Também neste contexto, Damasceno et al (2020) refere que o ganho de peso gestacional excessivo se relaciona com o aumento da pressão arterial. O presente estudo também destacou que mulheres com sobrepeso ou obesidade têm maior risco de ganhar peso excessivo durante a gravidez, e a prática de atividade física ajuda a evitar esse ganho excessivo. Assim, o ganho de peso excessivo pode levar a problemas como hipertensão, diabetes gestacional, maior chance de cesárea, prematuridade, bebês grandes para a idade gestacional, retenção de peso após o parto e até obesidade no longo prazo.

Conforme Trombelli, (2024) as mulheres com síndromes hipertensivas gestacionais são majoritariamente de cor parda, a maioria com o ensino médio completo e uma renda per capita de até um salário-mínimo. Quanto ao estado nutricional, cerca de 17% das mulheres eram obesas no momento da avaliação. Entre as gestantes, a prevalência de sobrepeso ou obesidade dobrou nas últimas décadas, passando de 22,1% em 1982 para 47,0% em 2015.

Sousa et al (2020) trouxe elementos importantes para o desenho do perfil de mulheres

grávidas e hipertensas. Segundo ele, foi identificado que o perfil das mulheres com síndromes hipertensivas inclui gestantes com idade mais avançada, histórico familiar de hipertensão, presença de hipertensão prévia, gestações tardias, diabetes, obesidade e que possui o consumo frequente de alimentos processados e ultraprocessados.

De encontro aos estudos apresentados anteriormente, Pedroso et al (2025) relata que em seu estudo, a prevalência das mulheres diagnosticadas com pré-eclâmpsia estava na faixa etária de 18 a 25 anos, o que difere da literatura internacional, que indica maior prevalência em mulheres acima de 35 anos. A maioria das gestantes diagnosticadas com a doença tinha estado civil solteira, o que poderia aumentar a vulnerabilidade devido à falta de apoio emocional do parceiro, associando-se a maior risco de comportamentos prejudiciais à saúde, como o uso de substâncias ilícitas e depressão. Além disso, 66,66% das participantes realizaram mais de cinco consultas de pré-natal, sugerindo boa adesão ao acompanhamento e melhor percepção sobre a importância da saúde. O histórico familiar de hipertensão foi comum entre as participantes (100%), ressaltando a relevância da investigação genética no manejo das gestantes com maior risco para a pré-eclâmpsia.

## 5.2 CATEGORIA II: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECISO E AVALIAÇÃO DE RISCO

O diagnóstico preciso da pressão arterial (PA) durante a gravidez é fundamental para a saúde materna e fetal. A medição cuidadosa da PA, preferencialmente utilizando um esfigmomanômetro de mercúrio, continua sendo o método mais confiável, visto que aparelhos automáticos digitais frequentemente subestimam os valores. A monitorização ambulatória da PA (MAPA) ao longo de 24 horas oferece uma avaliação mais abrangente e eficaz, ajudando a identificar condições como hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia (PE) de forma precoce, além de prever complicações graves, como parto prematuro e baixo peso ao nascer. Para garantir um acompanhamento adequado, é essencial que a monitorização inclua exames complementares, como hemograma, creatinina e teste de proteinúria, que são vitais para detectar possíveis complicações renais e cardíacas. A identificação precoce dessas condições permite um manejo mais eficaz, prevenindo riscos para a mãe e o bebê e garantindo uma gestação mais segura (Cunha et al., 2022).

Segundo a pesquisa de Marra (2024) durante a gestação a pressão arterial (PA) deve ser aferida em todas as consultas de rotina, utilizando técnicas adequadas para garantir medições precisas. A PA será considerada elevada quando a pressão sistólica (PAS) é maior ou igual a 140 mmHg e/ou a pressão diastólica (PAD) é maior ou igual a 90 mmHg. Após confirmar a hipertensão, deve-se classificar a síndrome hipertensiva, que pode ser hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, Síndrome HELLP ou pré-eclâmpsia

sobreposta à hipertensão crônica. As síndromes hipertensivas afetam até 10% das gestações, sendo a pré-eclâmpsia responsável por 3-5% dos casos.

Para Jacob et al (2020) o diagnóstico de hipertensão arterial na gravidez deve ser estabelecido quando os níveis pressóricos atingem ou ultrapassam 140/90 mmHg. Essa condição pode ser classificada de diferentes formas: como pré-eclâmpsia, quando a hipertensão se manifesta após a 20ª semana de gestação e está associada à proteinúria; como hipertensão crônica, quando identificada antes da gestação ou antes da 20ª semana de gestação e como pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, quando uma paciente com hipertensão pré-existente desenvolve proteinúria após a 20ª semana de gestação.

Corroborando com os estudos supracitados, Rezende et al (2024) e Brasil (2023) revela que o diagnóstico de hipertensão na gestação é baseado na definição de pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg ou pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg, sendo fundamental a aferição correta da pressão arterial com a gestante sentada e o uso de manguito adequado ao tamanho do braço. A proteinúria deve ser investigada em todas as gestantes com hipertensão, sendo o diagnóstico confirmado com exame de urina de 24 horas revelando proteinúria  $\geq 300$  mg ou relação proteína/creatinina  $\geq 0,3$ . Embora a presença de proteinúria seja comum, ela não é obrigatória para o diagnóstico de pré-eclâmpsia (PE). Na ausência de proteinúria, o diagnóstico é confirmado com sinais de trombocitopenia, alterações hepáticas, insuficiência renal, edema pulmonar ou distúrbios cerebrais ou visuais. A hipertensão gestacional, caracterizada pela elevação da pressão após 20 semanas de gestação sem proteinúria ou outras complicações, pode evoluir para PE, especialmente se o quadro se iniciar precocemente.

Já Sousa et al (2020) traz que o diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica (HAS) é frequentemente obtido por meio de aferições rotineiras dos níveis pressóricos, muitas vezes complementadas por exames laboratoriais e análises clínicas. No entanto, muitas das vezes a primeira intervenção tende a ser tardia, uma vez que nem sempre o paciente apresenta sintomas. Quando os sintomas característicos finalmente surgem, complicações sistêmicas e lesões em órgãos-alvo, como cérebro, coração, pulmões e rins, já podem estar presentes. A falta de diagnóstico e tratamento precoce aumenta significativamente o risco de morbimortalidade. Portanto, a detecção precoce e o acompanhamento rigoroso são essenciais para prevenir danos irreversíveis e melhorar os prognósticos, destacando a importância de monitorar regularmente os níveis pressóricos, especialmente em grupos de risco.

O estudo de Henriques et al (2022) relata que a hipertensão crônica é a hipertensão com níveis pressóricos de 140 x 90mmHg observado antes da gravidez ou antes das 20 semanas de gestação ou quando o primeiro diagnóstico se dá durante a gravidez e sua Pressão Arterial (PA) não será estabilizada em até 12 semanas após o parto. Assim, o diagnóstico precoce dessas condições é crucial, pois permite a intervenção tempestiva e reduz

os riscos de complicações graves tanto para a mãe quanto para o bebê.

### 5.3 CATEGORIA III: MANEJO CLÍNICO E TRATAMENTO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO

De acordo com Jacob et al (2020) o acompanhamento pré-natal é fundamental para a prevenção e tratamento da síndrome hipertensiva gestacional (SHG), impactando positivamente os indicadores de saúde materno-infantis. O principal objetivo é garantir uma gestação saudável e o nascimento de uma criança saudável, assegurando o bem-estar materno e neonatal. O conhecimento do perfil epidemiológico das gestantes com SHG permite o planejamento adequado da assistência, a identificação precoce da doença e o desenvolvimento de um plano terapêutico eficaz. Nesse processo, a enfermagem desempenha um papel crucial ao direcionar a assistência às necessidades clínicas das gestantes hipertensas, melhorando a qualidade do atendimento e prevenindo complicações associadas à condição.

Para Maciel et al (2024) o manejo clínico das síndromes hipertensivas gestacionais inclui a utilização de AAS (60-150 mg/dia) e cálcio (1 a 2 g/dia) para prevenção da pré-eclâmpsia em gestantes com fatores de risco. No tratamento de hipertensão gestacional ou hipertensão arterial crônica, utilizam-se anti-hipertensivos como inibidores adrenérgicos centrais, bloqueadores de canal de cálcio e diuréticos tiazídicos. Em caso de pré-eclâmpsia, recomenda-se repouso relativo, controle da pressão arterial, exames laboratoriais e monitoramento fetal. Se houver complicações graves como Síndrome HELLP ou eclâmpsia, a interrupção da gestação é indicada. Para gestantes entre 24 e 34 semanas, a conduta conservadora inclui monitoramento e uso de corticoterapia e sulfato de magnésio para proteção fetal. Em situações de eclâmpsia é importante que a sulfatação deve ser mantida até 24 horas após o parto ou última convulsão.

O tratamento da hipertensão na gravidez envolve tanto abordagens não-farmacológicas quanto farmacológicas. Medidas como vigilância, limitação das atividades diárias e repouso em decúbito lateral esquerdo são recomendadas, embora com efeitos limitados. A dieta deve ser equilibrada, e a prática de exercício físico deve ser mantida para mulheres que já o realizavam. No tratamento farmacológico, metildopa e bloqueadores dos canais de cálcio, como nifedipina e amlodipina, são as opções principais. A escolha depende da eficácia e segurança de cada medicação, com a nifedipina mostrando início mais rápido na redução da PA, mas com maior incidência de efeitos adversos, como náuseas e tonturas. O sulfato de magnésio, por sua vez, é recomendado como tratamento de primeira linha para a

eclâmpsia, sendo mais eficaz do que a fenitoína na prevenção de convulsões recorrentes. Além disso, é indicado na prevenção da eclâmpsia em casos de pré-eclâmpsia grave, mas deve ser administrado com cautela, pois seu uso concomitante com antagonistas dos canais de cálcio pode causar hipotensão e inibição neuromuscular (Cunha et al., 2022).

Ainda nessa perspectiva, Gonçalves e colaboradores (2024) abordam em seu estudo que o tratamento das síndromes hipertensivas gestacionais envolve estratégias tanto para a prevenção quanto para o controle da condição. Para gestantes de alto risco ou com múltiplos fatores de risco para pré-eclâmpsia, a National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomenda o uso de aspirina na dose de 75-150 mg/dia a partir da 12<sup>a</sup> semana de gestação até o nascimento, como medida preventiva. O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas também orienta o uso de aspirina para mulheres de alto risco, com o objetivo de reduzir a incidência de pré-eclâmpsia. Além disso, o cálcio é amplamente indicado como suplemento para gestantes com risco de pré-eclâmpsia. No tratamento das hipertensões gestacionais, a metildopa é considerada a primeira linha para o controle da pressão arterial, sendo utilizada desde 1960. Estudos de longo prazo com a metildopa, não mostraram efeitos adversos no crescimento ou desenvolvimento das crianças cujas mães fizeram uso do medicamento durante a gestação.

Jacob et al. (2022) reafirma que no período gestacional é crucial que os profissionais de saúde identifiquem precocemente os riscos e complicações, a fim de promover ações direcionadas aos fatores de risco, possibilitando a recuperação do bem-estar materno e neonatal. A atenção integral à saúde da gestante no pré-natal, seja de risco habitual ou alto risco, deve focar na proteção à vida das gestantes, sendo responsabilidade tanto do Estado quanto dos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde no pré-natal de alto risco deve priorizar cuidados preventivos e ações educativas, visando melhorar a assistência e criar um vínculo de confiança com as gestantes. A assistência de enfermagem deve identificar precocemente os sinais de complicações da síndrome hipertensiva gestacional (SHG), por meio de cuidados sistematizados e instrumentos que orientem ações essenciais, sempre respeitando a individualidade de cada gestante e considerando suas singularidades, além do contexto biológico da doença.

No manejo clínico das síndromes hipertensivas gestacionais (SHEG), o enfermeiro desempenha um papel crucial durante o pré-natal, ao identificar e monitorar mulheres com fatores de risco para o desenvolvimento dessas condições. Para tanto, é fundamental que o profissional investigue o histórico pessoal, gestacional e familiar da gestante, reconhecendo as predisposições para o surgimento de distúrbios hipertensivos. Com seu papel educativo, especialmente na atenção primária, o enfermeiro realiza orientações sobre o estilo de vida

adequado, sempre levando em consideração as particularidades da paciente e promovendo um atendimento humanizado. Tais práticas visam prevenir e cuidar da saúde da gestante. Assim, a atuação do enfermeiro torna-se essencial para a prevenção, controle e manejo das síndromes hipertensivas gestacionais (Silva et al., 2021).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao final deste estudo tendo atingido o objetivo de identificar e analisar as principais repercussões das síndromes hipertensivas específicas da gravidez à luz de uma revisão integrativa.

De forma geral, após leitura e análise do *corpus* deste estudo destacamos entre os achados mais pertinentes que o aumento dos casos de síndromes hipertensivas gestacionais (SHG) estar fortemente associado à obesidade, falta de assistência pré-natal adequada, escassez de recursos e vulnerabilidade social. As Síndromes Hipertensivas da Gravidez como a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, são condições que representam riscos graves tanto para a gestante quanto para o feto. Entre as complicações maternas apontadas neste estudo destacam-se a insuficiência renal, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, eclâmpsia, edema pulmonar e falência hepática, que podem levar à morte e que a pressão arterial não controlada pode comprometer a circulação placentária, prejudicando o fornecimento de oxigênio e nutrientes ao bebê, o que agrava ainda mais os riscos de danos irreparáveis.

Foi possível compreender que as Síndromes Hipertensivas Gestacionais têm um impacto direto no número de partos prematuros os quais são responsáveis por uma grande parte das complicações neonatais e morbidade perinatal. A atuação da equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais da saúde, é essencial nesse contexto para monitorar e controlar os fatores de risco, proporcionando o acompanhamento contínuo e ajustando o tratamento conforme a evolução do quadro. É fundamental que o controle adequado da pressão arterial durante a gestação seja uma prioridade, com o apoio de uma equipe bem coordenada, para evitar essas complicações e garantir um desfecho mais seguro tanto para a mãe quanto para o bebê.

É essencial que haja investimentos em pesquisas, campanhas educativas e políticas públicas (à exemplo da Rede Alyne) eficazes para os profissionais de saúde e população de mulheres especialmente àquelas em faixa etária reprodutiva, com foco na prevenção e tratamento das síndromes hipertensivas garantindo maior segurança no atendimento e, conseqüentemente, a redução da morbimortalidade materna e perinatal. A atenção primária à

saúde desempenha um papel decisivo na identificação precoce e no manejo adequado dessas gestantes de alto risco, sendo necessária uma intervenção eficaz para reverter o cenário atual da saúde pública.

Reconhecendo os limites deste estudo também esperamos que este ele contribua para o enriquecimento da literatura pertinente à temática e incentive a publicação de novas pesquisas afim de reafirmar a importância de se estudos voltados a essa temática.

## 7 REFERÊNCIAS

Almeida L.R.B. et al. Fatores associados ao excesso de peso, hipertensão e diabetes gestacionais no norte Brasileiro em 2021. *Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre*, v. 45, 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Gestão de Alto Risco*. 1ª ed. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2022.

Cassiano, A. N. et al. Desfechos perinatais em gestantes com síndromes hipertensivas: revisão integrativa. *Rev. enferm. UFSM*, 2020.

Couto P.L.S. et al. Mortalidade materna por síndrome HELLP: interferência do perfil, condições clínicas e ginecológicas durante a gravidez. *Ciencia y Enfermería*, v. 28, p. 1-13, 2022.

Cunha V, Silva Pedro Marques. Hipertensão Arterial na Mulher Grávida. *Revista da sociedade portuguesa de medicina interna*, v. 29, 2022.

Damasceno A.A.A. et al. Níveis pressóricos e fatores associados em gestantes do Estudo MINA-Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 4583-4592, 2020.

Gonçalves A.W.O. et al. Evidências do tratamento e da profilaxia da pré-eclâmpsia na gestação. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, Volume 6, (2024).

Henriques K.G.G. et al. Fatores de risco das síndromes hipertensivas específicas da gestação: revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 5, 2022.

Jacob L.M.S. et al. Conhecimento, atitude e prática sobre síndrome hipertensiva gestacional entre gestantes: ensaio clínico randomizado. *Texto Contexto Enferm*, v. 31, 2022

Jacob L.M.S. et al. Perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico de gestantes com Síndrome Hipertensiva de uma maternidade pública. *Rev Gaúcha Enferm*, 2020.

Silva S.C.S.B. et al. Modelo lógico do acolhimento e classificação de risco

às mulheres com pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Rev Esc Enferm USP. 2023.

Maciel G.A. et al. Síndromes hipertensivas na gestação: fatores de risco, diferenças clínicas e abordagens de tratamento. Anais do I Congresso Internacional Multidisciplinar de Ciências da Saúde - I CIMS, 2024.

Marra D.O.S.S. et al. Síndromes hipertensivas no período gestacional: Uma revisão. Revista Brasileira de Medicina de Excelência, São José dos Pinhais, v.2, n.3, 2024.

Pedroso B.C. et al. Perfil epidemiológico de mulheres com pré-eclâmpsia em Marabá, Pará: Estudo de campo em um hospital de referência. Revista Aracê, São José dos Pinhais, v.7,n.1, p.1287-1299, 2025.

Pitillin, E. B. et al. Efeitos da suplementação do cálcio sobre marcadores da pré eclâmpsia: ensaio clínico randomizado. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 37, 2024.

Rezende Filho J, Montenegro CA, Rezende Obstetrícia. 15rd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024.

Silva E.C.S. et al. Atuação do enfermeiro na prevenção das síndromes hipertensivas na gestação no âmbito da atenção básica. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 2, p. e6448, 2021.

Silva L.C. et al. Revisão bibliográfica sistemática em estudos socioambientais: uma proposta do método da revisão integrativa. Desenvolvimento e Meio Ambiente, v. 63, 2024.

Sousa M.G. et al Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes. einstein (São Paulo). 2020.

Trombelli MC, Pereira EM, Paladino SL. Perfil epidemiológico de gestantes obesas, hipertensas e diabéticas de uma maternidade do norte de Santa Catarina –Brasil. Femina. 2024.

Vidal, Danielly Leite. Estudo descritivo do perfil de risco gestacional e desfechos maternos nas síndromes hipertensivas. Repositório Institucional da UFPB. João Pessoa. 2023.