



EMESCAM

Tradição e Conhecimento em Saúde

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

DAIANE MUZI VIEIRA DA SILVA

**EVOLUÇÃO TEMPORAL DA TAXA DE INTERNAÇÃO POR
SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO NO ESPIRITO SANTO
ENTRE 2012 A 2023: ANÁLISE SOB O OLHAR DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DO BRASIL**

VITORIA/ES

2024

DAIANE MUZI VIEIRA DA SILVA

**EVOLUÇÃO TEMPORAL DA TAXA DE INTERNAÇÃO POR
SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO NO ESPIRITO SANTO
ENTRE 2012 A 2023: ANÁLISE SOB O OLHAR DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DO BRASIL**

Projeto de pesquisa apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Área de Concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Italla Maria Pinheiro Bezerra

VITÓRIA/ES

2024

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

S586e Silva, Daiane Muzi Vieira da
Evolução temporal da taxa de internação por síndromes hipertensivas da gestação no Espírito Santo entre 2012 a 2023 : análise sob o olhar das políticas públicas do Brasil / Daiane Muzi Vieira da Silva - 2024.
91 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2024.

1. Políticas de saúde. 2. Hipertensão gestacional - estatísticas. 3. Gestação – síndromes – Espírito Santo (Estado). 4. Pré-eclâmpsia. 5. Epidemiologia – Espírito Santo (Estado). I. Bezerra, Italla Maria Pinheiro. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 616.132

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisângela Terra Barbosa – CRB6/608

DAIANE MUZI VIEIRA DA SILVA

**EVOLUÇÃO TEMPORAL DA TAXA DE INTERNAÇÃO POR
SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO NO ESPIRITO SANTO
ENTRE 2012 A 2023: ANÁLISE SOB O OLHAR DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 28 de novembro de 2024.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora



Prof. Dr. Fernando Rocha Oliveira
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Membro Titular Interno



Prof. Dr. Laércio da Silva Paiva
FMABC
Membro Titular Externo

Dedico este Projeto de Mestrado a ti meu querido Deus, e com o coração transbordando de gratidão, por guiar cada passo meu, iluminar cada caminho e abençoar cada respiração minha. Deus, Tu és meu porto seguro, a âncora que mantém minha fé firme em meio às tempestades, por Tua presença constante, por ouvir minhas preces e por me guiar com sabedoria divina.

AGRADECIMENTO

Com profunda gratidão em meu coração, quero expressar meu agradecimento a Deus, fonte de toda graça e orientação, por me abençoar com a preciosidade de um casal de filhos gêmeos. São eles a luz que ilumina meus dias, e agradeço por cada riso compartilhado, cada desafio superado e cada momento de crescimento que vivemos juntos.

Aos meus pais, alicerces da minha existência, expresso minha eterna gratidão. Seu amor incondicional e seus ensinamentos moldaram meu caráter, e sou grata por cada sacrifício feito para garantir meu bem-estar e sucesso.

À Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), agradeço pela educação excepcional que recebi. Cada aula, cada desafio acadêmico foi uma oportunidade de crescimento e aprendizado.

À minha orientadora, a Prof.^a Dr.^a Ítala Maria Pinheiro Bezerra, expresso minha sincera gratidão. Sua orientação sábia, encorajadora e dedicada foi fundamental para o sucesso desta jornada acadêmica. Seus conselhos e orientações foram faróis que iluminaram o caminho, e sou grata por sua presença inspiradora em minha vida.

Ao meu coorientador, o Prof^o Dr. Fernando Rocha Oliveira, agradeço pela contribuição valiosa e pelo suporte ao longo desta jornada. Sua experiência e orientação foram elementos-chave para o desenvolvimento do meu trabalho.

Aos meus estimados colegas, agradeço pela camaradagem, pelo apoio mútuo e pelas experiências compartilhadas. Juntos, enfrentamos desafios, celebramos conquistas e construímos memórias que levaremos para toda a vida.

Em cada conquista, vejo a mão de Deus guiando meu caminho, e em cada agradecimento expresso, reconheço Sua graça constante. Que este seja apenas o início de uma jornada repleta de aprendizado, crescimento e sucesso compartilhado.

“Na farmácia da vida, a pesquisa é a poção que transforma o desconhecido em conhecimento, e a dedicação é a fórmula que cura os mistérios da saúde. 'A verdadeira viagem de descobrimento consiste não em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos’”.

Marcel Proust

RESUMO

Introdução: As Síndromes Hipertensivas da Gestação (SHG) incluem condições como hipertensão crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e Síndrome HELLP, com graves riscos à saúde materna e fetal. **Objetivo:** Avaliar a tendência temporal e as variações regionais das Síndromes hipertensivas da gestação no Espírito Santo no período de 2012 a 2023. **Método:** Estudo observacional ecológico descritivo de tendência temporal utilizando dados do SIH/SUS e DATASUS/TABNET, abrangendo o período de 2012 a 2023. analisados pelo método de Prais-Winsten para corrigir autocorrelação e calcular taxas de incidência de internação por SHG no Espírito Santo. **Resultados:** Os casos de SHG foram predominantes em mulheres de 20 a 29 anos (44,7%) e de 30 a 39 anos (38,1%), associando-se ao aumento de obesidade e doenças crônicas. Adolescentes de 15 a 19 anos mantiveram estabilidade (11,2%), enquanto mulheres de 40 a 49 anos registraram aumento contínuo (6%). Mulheres pardas apresentaram as maiores taxas (59,8%), seguidas por brancas (16,7%) e pretas (7,5%). Guarapari e Vitória destacaram-se com as maiores tendências de crescimento, com coeficientes β de 2,56 e 1,92, enquanto Montanha demonstrou redução significativa (β de -6,57). Vitória liderou em número absoluto de internações (9.895 casos, 40,35% do total). As taxas de incidência oscilaram entre 20,0 e 52,0 por 10.000 habitantes, sendo Montanha a região com os índices mais altos (45,6 a 52,0), reafirmando sua relevância estadual. **Discussão:** As internações por SHG refletem desigualdades etárias, raciais e regionais. Mulheres de 20 a 39 anos lideram, associadas à fecundidade, obesidade e doenças crônicas. Taxas estáveis entre adolescentes apontam avanços no pré-natal, mas requerem atenção contínua. O aumento entre mulheres de 40 a 49 anos ressalta a importância de monitoramento em gestações tardias. Pardas têm as maiores taxas, indicando desigualdades no acesso à saúde, enquanto brancas apresentam menores índices. Pretas enfrentam desafios que ampliam vulnerabilidades. Regionalmente, Guarapari e Vitória mostram falhas em prevenção, mesmo com boa infraestrutura. A redução em Montanha sugere avanços, mas taxas ainda altas. Montana liderou em números absolutos, refletindo registro eficiente e concentração populacional, reforçando a necessidade de estratégias regionais. **Considerações Finais:** O estudo sublinha a necessidade de políticas de saúde pública direcionadas para melhorar o acesso aos cuidados pré-natais e programas de prevenção adaptados às especificidades regionais, etárias e raciais.

Palavras-chave: Síndromes Hipertensivas da Gestação; Políticas de Saúde; Epidemiologia; Incidência.

ABSTRACT

Introduction: Hypertensive Syndromes of Pregnancy (HGS) include conditions such as chronic hypertension, gestational hypertension, preeclampsia, eclampsia, and HELLP Syndrome, with serious risks to maternal and fetal health. **Objective:** To evaluate the temporal trend and regional variations of hypertensive syndromes of pregnancy in Espírito Santo from 2012 to 2023. **Method:** Observational ecological descriptive study of temporal trends using data from SIH/SUS and DATASUS/TABNET, covering the period from 2012 to 2023, analyzed by the Prais-Winsten method to correct autocorrelation and calculate incidence rates of hospitalization for HGS in Espírito Santo. **Results:** HGS cases were predominant in women aged 20 to 29 (44.7%) and 30 to 39 (38.1%), associated with an increase in obesity and chronic diseases. Adolescents aged 15 to 19 remained stable (11.2%), while women aged 40 to 49 registered a continuous increase (6%). Brown women had the highest rates (59.8%), followed by white women (16.7%) and black women (7.5%). Guarapari and Vitória stood out with the greatest growth trends, with β coefficients of 2.56 and 1.92, while Montanha showed a significant reduction (β of -6.57). Vitória led in absolute number of hospitalizations (9,895 cases, 40.35% of the total). Incidence rates ranged from 20.0 to 52.0 per 10,000 inhabitants, with Montanha being the region with the highest rates (45.6 to 52.0), reaffirming its relevance at the state level. **Discussion:** Hospitalizations due to GH reflect age, racial, and regional inequalities. Women aged 20 to 39 leads, associated with fertility, obesity and chronic diseases. Stable rates among adolescents indicate advances in prenatal care, but require continued attention. The increase among women aged 40 to 49 highlights the importance of monitoring late pregnancies. Mixed race women have the highest rates, indicating inequalities in access to health care, while white women have lower rates. Black women face challenges that increase vulnerabilities. **Regionally,** Guarapari and Vitória show failures in prevention, despite having good infrastructure. The reduction in Montanha suggests progress, but rates are still high. Montana led in absolute numbers, reflecting efficient registration and population concentration, reinforcing the need for regional strategies. **Final Considerations:** The study highlights the need for public health policies aimed at improving access to prenatal care and prevention programs adapted to regional, age and racial specificities.

Keywords: Hypertensive Syndromes of Pregnancy; Health Policies; Epidemiology; Incidence.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Mapa do Espírito Santo..... | 40 |
| Figura 2 – Análise da Tendência das Taxas de Internação por Síndromes Hipertensivas da Gestação, segundo Faixa Etária, Espírito Santo, Brasil, (2012-2023) | 49 |
| Figura 3 – Taxa da Incidência de Síndromes Hipertensivas Gestacional segundo Microrregião do IBGE no Espírito Santo, Brasil (2012-2023) | 53 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|-------------------|---|----|
| Quadro 1 – | Lista de municípios do estado do Espírito Santo, por população, (N=78) | 41 |
| Quadro 2 – | Distribuição do Número de Mulheres por Faixa Etária, Espírito Santo, Brasil (2012-2023) | 43 |
| Quadro 3 – | Distribuição do Número de Mulheres por Faixa Etária de Risco para SHG, Espírito Santo, Brasil (2012-2023) | 43 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Características Sociodemográficas dos Casos de Internações por Síndromes Hipertensivas da Gestação, segundo Faixa Etária. Espírito Santo, Brasil, (2012-2023) | 48 |
| Tabela 2 – Estimativas da Regressão de <i>Prais Winsten</i> e Variação Percentual Diária (VPD) das Taxas de Internações por Síndromes Hipertensivas da Gestação segundo Faixa Etária, Espírito Santo, Brasil, (2012-2023) | 49 |
| Tabela 3 – Internações por Síndromes Hipertensivas da Gestação segundo Raça/Cor. Espírito Santo, Brasil, (2012-2023) | 50 |
| Tabela 4 – Taxa da Incidência das Síndromes Hipertensivas da Gestação segundo Região, Espírito Santo, Brasil, (2012 a 2023) | 51 |
| Tabela 5 – Distribuição dos Casos de Síndrome Hipertensiva da Gestação – Microrregiões IBGE; Espírito Santo, Brasil (2012-2023) | 52 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|---|
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas |
| ACOG | <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> |
| AND | Operadores Booleanos |
| BDTB | Biblioteca Digital de Teses e Dissertações |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| ODS | Objetivos de Desenvolvimento Sustentável |
| ODM | Objetivos de Desenvolvimento do Milênio |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PNHPN | Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento |
| SIH/SUS | Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde |
| SCIELO | <i>Scientific Electronic Library Online</i> |
| SESP | Serviço Especial de Saúde Pública |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TABNET | Ferramenta de <i>Software</i> Desenvolvida pelo DATASUS |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| XX | Século vinte |
| XIX | Século quatorze |
| % | Percentual |

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO12

2 REFERENCIAL TEÓRICO16

2.1 SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO: DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO, CARACTERÍSTICAS E IMPACTOS16

2.1.1 Epidemiologia das Síndromes Hipertensivas Gestacionais19

2.1.2 Explorando a Diversidade dos Fatores de Risco das Síndromes Hipertensivas Gestacionais20

2.1.3 Intervenções e Estratégias de Saúde Voltadas à Síndrome Hipertensiva Gestacional23

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: CONCEITO E ABORDAGEM24

2.2.1 Historicidade das Políticas Públicas de Saúde27

2.2.2 Evolução das Políticas de Saúde Relacionadas à Gestação31

2.2.3 Fatores Sociais e Étnicos nas Variações dos Riscos Associados às Síndromes Hipertensivas da gestação33

2.2.4 Impactos das Políticas Públicas na Redução da Incidência e Complicações35

3 OBJETIVOS38

3.1 OBJETIVO GERAL38

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS38

4 MÉTODO39

4.1 TIPO DE ESTUDO39

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO39

4.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA43

4.3.1 Critérios de Inclusão44

4.3.2 Critérios de Exclusão44

4.4 COLETA DE DADOS44

4.5 ANÁLISE DOS DADOS45

4.6 ASPECTOS ÉTICOS47

5 RESULTADOS48

6 DISCUSSÃO54

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS71

REFERÊNCIAS73

1 INTRODUÇÃO

Embora a gestação seja um processo fisiológico que geralmente ocorre sem complicações, existem fatores como características individuais, condições sociodemográficas e histórico reprodutivo que podem elevar o risco de patologias desencadeadas ou exacerbadas pela gravidez. Essas situações são identificadas como gestações de alto risco. Tais casos requerem a intervenção de uma equipe de saúde especializada e multiprofissional, além da integração dos cuidados entre os três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário, conforme orienta o protocolo do Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2022a).

Conforme Barroso *et al.* (2020), a gravidez pode desencadear hipertensão arterial em mulheres que antes tinham pressão normal ou exacerbar uma hipertensão já existente. Isso é caracterizado por uma pressão arterial sistólica de 140 mmHg ou mais e/ou uma pressão arterial diastólica de 90 mmHg ou mais, na qual podem ocorrer durante a gravidez ou após o parto (Brasil, 2022a). As Síndromes Hipertensivas da Gestação (SHG) são as intercorrências clínicas mais comuns da gestação e representam a principal causa de morbimortalidade materna no Brasil e no mundo (Brasil, 2022a). Em 2021, o Brasil registrou um total de 2.857 mortes maternas, das quais 1.023 foram devido a causas obstétricas diretas, incluindo 313 por hipertensão. No estado do Paraná, das 182 mortes maternas registradas, 39 foram atribuídas a causas obstétricas diretas, com 11 especificamente por hipertensão. Em Curitiba, ocorreram 17 mortes maternas, três das quais foram por causas obstétricas diretas, todas relacionadas à hipertensão (Brasil, 2022b).

Segundo Queiroz (2018), a hipertensão em gestantes pode manifestar-se de duas maneiras: como hipertensão crônica (HC), que já existe antes da gravidez, ou como hipertensão gestacional (HG). Esta última inclui condições como pré-eclâmpsia (PE), pré-eclâmpsia sobreposta (PES), eclâmpsia (EC) e Síndrome HELLP¹, sendo essa uma complicação obstétrica considerada uma variante severa da pré-eclâmpsia.

A relevância das iniciativas governamentais é crucial para prevenir, detectar precocemente e gerenciar adequadamente a HG (Brasil, 2022c). Essas diretrizes e estratégias, implementadas pelos governos, visam promover a saúde, garantir o acesso aos serviços de saúde e aprimorar a qualidade do cuidado às gestantes. A efetiva execução de políticas públicas

¹Síndrome de HELLP: acrônimo derivado das características da condição: H emolysis (hemólise, o rompimento dos glóbulos vermelhos), EL evated L iverenzymes (elevação das enzimas hepáticas, indicando lesão no fígado), e LP low P lateletcount (baixa contagem de plaquetas, que pode levar a problemas de coagulação).

voltadas para a HG demanda uma abordagem integrada e multidisciplinar, envolvendo gestores de saúde, profissionais de saúde, pesquisadores e a sociedade civil, respaldada por uma base científica sólida (Brasil, 2022a).

A saúde materna emerge como uma preocupação central na esfera da saúde pública, visando garantir o bem-estar das gestantes e parturientes. Métricas como a redução de complicações durante a gestação, a promoção do parto seguro e a preservação da saúde da mãe e do recém-nascido são empregadas para avaliar a qualidade dos cuidados maternos. O foco nas políticas públicas e práticas médicas eficazes desempenha um papel crucial na criação de um ambiente propício para a saúde materna, demonstrando o compromisso contínuo com a segurança e qualidade dos cuidados oferecidos.

A complexidade da SHG e suas inter-relações com vários fatores de risco destacam a necessidade de uma compreensão aprofundada da epidemiologia dessa condição. A análise epidemiológica possibilita a identificação de padrões de ocorrência, fatores associados e impactos em diferentes grupos populacionais, estabelecendo um fundamento robusto para a implementação de ações específicas (Sousa *et al.*, 2020). Dada a natureza desafiadora desse problema de saúde pública, é imperativo desenvolver políticas eficazes para promover a saúde materno-fetal (Peraçoli *et al.*, 2019; Brasil, 2022d).

A análise da SHG com ênfase nas políticas públicas em saúde e na epidemiologia, visa orientar a implementação de ações efetivas direcionadas à prevenção, controle e tratamento da síndrome, com o propósito de aprimorar a saúde materno-fetal e reduzir complicações associadas.

Durante a gestação, a HG emerge como uma das principais causadoras de morbidades e mortalidade relacionadas à gravidez (Kerber; Melere, 2017). Os efeitos adversos incluem PE, parto prematuro, restrição do crescimento fetal e outras complicações que prejudicam a saúde e o desenvolvimento do bebê (Nakatani, 2021).

No âmbito das políticas de saúde, a atenção à saúde materna e perinatal tem sido objeto de discussões e ações em muitos países. Uma abordagem integrada a políticas públicas efetivas é necessária para lidar com os desafios da HG. Segundo Sampaio, Oliveira e Oliveira (2022), a implementação de programas de rastreamento e detecção precoce da HG pode contribuir para a redução dos riscos associados e melhorar os resultados materno-infantis.

É imperativo considerar as desigualdades de saúde que afetam as gestantes, com grupos vulneráveis enfrentando maiores obstáculos no acesso aos serviços de saúde e no diagnóstico oportuno da HG. Segundo Garcia *et al.* (2019), mulheres de baixa renda e com menor nível

educacional têm maior probabilidade de desenvolver HG, devido a barreiras econômicas e sociais no acesso à assistência pré-natal adequada.

A epidemiologia desempenha um papel crucial na compreensão da prevalência, incidência e fatores de risco associados às síndromes hipertensivas, fornecendo informações essenciais para o planejamento de intervenções e políticas públicas efetivas (Barata *et al.*, 2013). No Espírito Santo, compreender as tendências temporais e as disparidades regionais da SHG é essencial para embasar estratégias de saúde materna mais eficazes e equitativas.

Nas últimas décadas, observou-se um aumento nas SHG, tanto em casos já existentes quanto naqueles que se manifestam durante o período gestacional (Sousa *et al.*, 2020). Esse aumento requer uma análise cuidadosa dos fatores de risco associados e das mudanças nos padrões de saúde e estilo de vida que podem contribuir para esse cenário. Desse modo, a análise epidemiológica detalhada possibilitará identificar grupos de risco específicos, como mulheres com histórico de HC ou PE em gestações anteriores (Olegário, 2019).

Diante desse cenário, justifica-se a importância deste estudo, que busca contribuir para o aprimoramento do conhecimento científico sobre as SHG e suas implicações na saúde materna e perinatal (Vettore *et al.*, 2011). Com base em evidências sólidas e dados epidemiológicos, espera-se fornecer subsídios para o desenvolvimento de políticas mais eficazes e direcionadas ao enfrentamento dessa condição.

Nesse contexto, a compreensão das políticas públicas em saúde relacionadas a essa condição é essencial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado. Além disso, uma revisão de literatura nessa área pode fornecer uma base sólida de conhecimento, auxiliando na formulação de diretrizes e práticas baseadas em evidências.

Enquanto problema de pesquisa, apesar dos progressos na área da saúde materno-infantil, as SHG permanecem como um desafio significativo para os sistemas de saúde em todo o mundo. Ainda existem lacunas no conhecimento sobre os fatores de risco associados, a distribuição da doença em diferentes populações e o impacto das políticas públicas de saúde no enfrentamento dessa condição (Krebs; Silva; Bellotto, 2021). Compreender a magnitude e distribuição das SHG em diferentes contextos permitirá a alocação mais eficiente de recursos e esforços. Como se apresenta a tendência temporal e as variações regionais das SHG no Espírito Santo? Quais os riscos para as mães e os bebês quando do diagnóstico dessas síndromes?

A investigação das políticas públicas em saúde, associada à análise epidemiológica, pode fornecer subsídios importantes para lidar com a SHG e desenvolver abordagens mais eficazes e adaptadas às necessidades das gestantes. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir

para o avanço do conhecimento sobre políticas públicas para SHG, fornecendo subsídios para a formulação de estratégias mais efetivas e baseadas em evidências, promovendo uma gestação mais segura e saudável para todas as mulheres e recém-nascidos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO: DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO, CARACTERÍSTICAS E IMPACTOS

As doenças hipertensivas gestacionais, como descrito por Santos e Capobianco (2019), incluem a Hipertensão Crônica, a Hipertensão Gestacional sem proteinúria, a Pré-Eclâmpsia com proteinúria, a Eclâmpsia Crônica com convulsões e a Hipertensão Crônica S à Pré-Eclâmpsia. Essas condições conforme Moura *et al.* (2011) representa sérias preocupações de saúde, afetando tanto a mãe quanto o feto, devido aos riscos de complicações no desenvolvimento fetal e durante o parto.

Segundo Ferreira *et al.* (2021), a HC é definida como pressão alta que ocorre antes da gravidez ou se manifesta antes da 20ª semana gestacional. Esta condição, que pode persistir por até 12 semanas após o parto, está associada a várias complicações graves que podem deteriorar a qualidade de vida e contribuir para uma alta taxa de mortalidade anual, conforme relatado por Queiroz (2018). Malta *et al.* (2017) destacam que a prevalência dessa condição na população brasileira varia entre 20 e 25%, sendo mais comum em indivíduos com mais de 60 anos, de cor preta, com baixa escolaridade, residentes em zonas urbanas do sudeste do Brasil, e frequentemente associada a fatores de risco como tabagismo, obesidade, diabetes e colesterol elevado.

A PE é caracterizada pelo surgimento de hipertensão após a 20ª semana de gravidez, acompanhada de sinais como proteinúria, indicando possíveis danos a outros órgãos, e considerada como leve ou grave (Paro; Catani, 2019). Também se classifica como PE a situação em que a hipertensão arterial ocorre sem proteinúria, mas é acompanhada por comprometimento sistêmico ou disfunção de órgãos específicos (Brasil, 2022b).

Os sintomas incluem cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e elevação das enzimas hepáticas. Os critérios diagnósticos estabelecidos incluem pressão arterial diastólica de 110 mmHg ou mais, proteinúria de 2,0g ou mais em 24 horas, oligúria (menos de 500ml por dia), aumento nos níveis de creatinina acima de 1,2 mg/dl, e sinais de encefalopatia hipertensa. Outros indicativos graves são dor no epigástrico ou hipocôndrio direito, evidências de coagulopatia, aumento significativo de enzimas hepáticas e bilirrubinas, e a presença de esquizócitos em esfregaços de sangue periférico. Complicações adicionais podem incluir

acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, cianose, restrição do crescimento intrauterino ou oligohidrânio, conforme descrito por Queiroz (2018).

Kahhale, Francisco e Zugaib (2018) reconhecem que a PE pode se desenvolver em mulheres com HC preexistente, um agravamento indicado pela nova ocorrência de proteinúria. Esse quadro também pode incluir trombocitopenia, com contagens de plaquetas inferiores a $100.000/\text{mm}^3$, e um aumento nas enzimas hepáticas.

O diagnóstico de PES à HC é confirmado em circunstâncias específicas: quando há aparecimento ou agravamento da proteinúria após a 20ª semana de gestação, a necessidade de múltiplos anti-hipertensivos ou o aumento das doses iniciais desses medicamentos, e na presença de disfunção de órgãos-alvo. A proteinúria é caracterizada pela presença de pelo menos 300mg em uma amostra de urina de 24 horas, ou uma relação proteinúria/creatinúria de pelo menos 0,3 em amostra isolada, com a fita reagente sendo usada como alternativa para avaliação qualitativa (Brasil, 2022a).

A PE pode ser ainda classificada de acordo com a idade gestacional no momento do diagnóstico, diferenciando-se em PE precoce (antes de 34 semanas), tardia (a partir de 34 semanas), pré-termo (antes de 37 semanas) e de termo (a partir de 37 semanas). Importante também é a distinção entre PE com ou sem sinais de gravidade, anteriormente categorizadas como leve e grave. Condições mais severas, como a síndrome HELLP e EC, são incluídas nas classificações de maior gravidade. Estas classificações ajudam o obstetra a entender não apenas a manifestação da hipertensão durante a gestação, mas também a avaliar a situação global considerando a idade gestacional e a severidade do quadro (Brasil, 2022a).

A EC representa a evolução mais severa da PE, sendo marcada pelo surgimento de convulsões ou coma em mulheres com PE, na ausência de outras condições neurológicas que possam justificar esses sintomas Peraçoli *et al.* (2019). Entre eles, destacam-se estados hipertensivos com pressão arterial sistólica igual ou superior a 160 mmHg e/ou diastólica igual ou superior a 110 mmHg, confirmados após 15 minutos e medidos com técnica correta. Essa condição, quando associada a sintomas, caracteriza uma emergência hipertensiva obstétrica e clínica (Febrasco, 2018).

Em geral, os casos de EC são antecidos por sintomas de alerta relacionados a irritações cerebrais, incluindo cefaleias occipitais ou frontais, fotofobia e escotomas, mas outros sintomas como hiperreflexia, náuseas, vômitos, e dor no epigástrico ou no hipocôndrio direito podem ocorrer, geralmente associados a comprometimento hepático (Febrasco, 2017). Contudo, a EC pode se manifestar mesmo na ausência de quaisquer sinais ou sintomas premonitórios (Ramos; Martins-Costa; Sass, 2022).

Outros indicativos graves incluem a síndrome HELLP, sinais precursores de EC como cefaleia, distúrbios visuais (fotofobia, fosfenas, escotomas) e hiper-reflexia, além de sintomas hepáticos como náuseas, vômitos e dor no epigástrio ou no hipocôndrio direito. Além disso, a EC pode ser acompanhada por edema agudo de pulmão, dor torácica — um sintoma crítico que pode indicar vasculopatia cardíaca ou pulmonar severa — e insuficiência renal, evidenciada pelo aumento progressivo dos níveis séricos de creatinina ($\geq 1,2$ mg/dl) e ureia, e pela redução da diurese para menos de 500 ml por 24 horas (Brasil, 2022a).

Distinta dessas, a HG refere-se ao aumento da pressão arterial detectado pela primeira vez durante a gravidez, sem os sinais adicionais de dano orgânico típicos da PE. A elevação dos níveis de pressão arterial durante a gravidez, caracterizando a HG, afeta cerca de 5% a 10% das gestantes globalmente, sendo identificada como um dos principais contribuintes para complicações e óbitos tanto na mãe quanto no feto, incluindo PE, restrição de crescimento fetal e parto prematuro (Malachias *et al.*, 2016).

A HG é caracterizada pelo aumento da pressão arterial após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas. Segundo a Classificação da American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), é definida por uma pressão arterial sistólica de 140 mmHg ou mais, e/ou uma pressão arterial diastólica de 90 mmHg ou mais, registrada em duas ou mais ocasiões, com intervalo mínimo de quatro horas entre cada medição (ACOG, 2013).

Torna-se importante diferenciar a HG da PE, embora ambas envolvam aumento da pressão arterial durante a gravidez. A PE inclui HG associada a proteinúria ou disfunção de órgãos, enquanto a HG refere-se apenas ao aumento da pressão arterial, sem proteinúria ou disfunção de órgãos (Peraçoli *et al.*, 2019; Lins *et al.*, 2022). Essa condição ocorre em mulheres sem histórico de hipertensão anterior à gestação e costuma resolver-se espontaneamente após o parto (Brasil, 2010).

Conforme apontado por Henriques *et al.* (2022), a HG é uma complicação comum durante a gravidez, afetando aproximadamente 5 a 10% das gestantes. Isso a torna uma das principais causas de morbidade e mortalidade materno-fetal, associada a riscos aumentados, como PE, restrição de crescimento fetal, parto prematuro e complicações cardiovasculares a longo prazo (Malachias *et al.*, 2016).

Também pode essa condição apresentar algumas características clínicas como ausência de edema significativo, ausência de sintomas graves, normalidade das plaquetas sanguíneas e função hepática preservada. No entanto, é crucial ressaltar que os sinais e sintomas podem variar em cada caso, sendo fundamental acompanhar de perto a gestante para identificar possíveis complicações. É importante destacar que a HG difere de outras formas de hipertensão

arterial durante a gestação, como a PE e a HC, cada uma com suas características específicas (Martinez *et al.*, 2014).

Diante do exposto, o diagnóstico precoce e o acompanhamento adequado são essenciais para o manejo e a prevenção de complicações, além de representar um desafio para a saúde pública requer atenção e cuidados adequados (Souza; Silva, 2022). Tal qual o acompanhamento pré-natal regular, a adoção de medidas de estilo de vida saudável, o controle da pressão arterial e, em alguns casos, o uso de medicamentos específicos são estratégias importantes para o manejo da condição.

2.1.1 Epidemiologia das Síndromes Hipertensivas Gestacionais

A prevalência da hipertensão arterial é afetada por uma variedade de fatores, incluindo demográficos, hereditários, socioeconômicos, comportamentais e antropométricos. Grande parte desses fatores pode ser controlada ou modificada, possibilitando assim a diminuição da incidência de hipertensão e suas complicações (Marques *et al.*, 2020). A hipertensão afeta cerca de 10% das gestantes globalmente (OMS, 2011), e conforme discursa Dana (2023) representa uma questão significativa de saúde para a mãe e o bebê em desenvolvimento.

A pesquisa de Steegers *et al.* (2010) revela que a PE impacta de 2% a 8% das gestantes ao redor do mundo, com incidências particularmente elevadas na América Latina e no Caribe. Estudos também mostram que, na Ásia e na África, cerca de 10% das mortes maternas são atribuídas a distúrbios hipertensivos relacionados à gravidez. Na América Latina, essa fração sobe para 25% do total de mortes maternas devido a complicações hipertensivas, conforme reportado pela Febrasgo (2017)

Kahhale, Francisco e Zugaib (2018) indicam que a EC afeta 0,04% das gestações nos Estados Unidos, enquanto na América do Sul e no Caribe, o índice chega a 2%. Além disso, uma pesquisa realizada em seis capitais brasileiras aponta uma incidência de 2,5% de EC nas gestações analisadas (Queiroz, 2018). A epidemiologia inclui a investigação da incidência, disseminação e fatores de risco associados às condições específicas.

Estudos em larga escala indicam variações na prevalência da HG entre diferentes regiões geográficas e grupos étnicos (Sousa *et al.*, 2020). Essa condição é preocupante devido às complicações potenciais, como o aumento do risco de desenvolver PE, resultando em problemas sérios como restrição no crescimento fetal, descolamento precoce da placenta, parto prematuro e, em casos extremos, a morte da mãe (Santos; Capobianco, 2019).

No âmbito epidemiológico, pesquisas buscam identificar estratégias de prevenção e controle das síndromes. O acompanhamento pré-natal adequado, com medição regular da pressão arterial, é essencial para o diagnóstico precoce e o manejo adequado da condição. Intervenções como restrição de sal na dieta, atividade física regular e controle de peso são sugeridas como medidas preventivas (Santos; Nery; Matumoto, 2013).

Desse modo, a epidemiologia da SHG abrange a análise da incidência e distribuição, além de fatores de risco associados a essa condição durante a gravidez, e compreender esses aspectos é fundamental para orientar estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e manejo adequado, visando a saúde materna e fetal (Brito *et al.*, 2015).

Mundialmente, a história da HG remonta a séculos, evoluindo ao longo do tempo com estudos e avanços científicos que contribuíram para uma melhor compreensão dessa condição e suas implicações na saúde materna e fetal (Sousa *et al.*, 2020).

No Brasil, estudos epidemiológicos e clínicos foram realizados para avaliar a prevalência e os fatores de risco associados à HG em diferentes regiões do país. Desde a década de 1990, com o avanço das políticas de saúde materno-infantil, houve maior ênfase na prevenção e no controle da HG, com programas de pré-natal de qualidade e recursos diagnósticos e terapêuticos adequados (Santos; Capobianco, 2019). De acordo com Dias *et al.* (2015), a busca por estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento das SHG deve ser contínua, visando reduzir as complicações materno-fetais e melhorar os resultados de saúde das mulheres durante a gestação.

2.1.2 Explorando a Diversidade dos Fatores de Risco das Síndromes Hipertensivas Gestacionais

A HG, uma condição em que a pressão arterial aumenta durante a gravidez, é motivo de preocupação tanto para a mãe quanto para o bebê, podendo resultar em complicações graves, como PE e parto prematuro. Diversos fatores de risco, alguns predisponentes e outros agravantes durante a gestação, estão associados ao desenvolvimento dessa condição (Brasil, 2013).

Quanto aos elementos de risco reconhecidos para o surgimento da HG, estes englobam a idade avançada da mãe, obesidade, histórico familiar de hipertensão, gestações múltiplas, diabetes pré-existente e problemas renais prévios. Adicionalmente, as primigestas, mulheres em sua primeira gestação, apresentam maior propensão a desenvolver a condição (Ribeiro *et al.*, 2015).

Estudos de Wessler (2018) indicam que mulheres com 35 anos ou mais têm maior probabilidade de desenvolver HG. Outro fator importante é o Índice de Massa Corporal (IMC) elevado, pois mulheres com excesso de peso ou obesidade antes da gravidez possuem maior risco de desenvolver HG em comparação com aquelas de peso normal (Caetano; Cedaro; Benneman, 2017).

Conforme explica (Olegário, 2019), o histórico familiar de hipertensão arterial também está associado a um maior risco dessa condição, pois estudos indicam que mulheres cujas mães ou irmãs tiveram hipertensão durante a gravidez podem ter maior probabilidade de desenvolvê-la também. Outra questão é a gravidez múltipla ou estar grávida pela primeira vez são outros fatores que aumentam o risco de HG. Pesquisadores tais como, Sbardelotto *et al.* (2018), relatam que mulheres nessas condições têm maior probabilidade de desenvolver essa condição.

Também as doenças crônicas preexistentes, tais como diabetes tipo 2 e doença renal crônica, contribuem para o aumento do risco de HG. Estudos de Oliveira e Graciliano (2015) mostram que, mulheres com diabetes tipo 2 têm o dobro de risco de desenvolver HG em comparação com aquelas sem diabetes.

Outro fator a considerar é o contexto socioeconômico, pois a baixa renda, acesso limitado aos cuidados de saúde e falta de educação adequada podem contribuir para o desenvolvimento da HG. Estudos mostram que mulheres em situação socioeconômica desfavorável têm maior probabilidade de desenvolver essa condição durante a gravidez (Amorim *et al.*, 2017). Além desses fatores, estudos também apontam que mulheres com histórico de HG em gestações anteriores têm um risco aumentado de desenvolver a condição novamente em gestações subsequentes (ACOG, 2013). De fato, identificar esses fatores precocemente pode permitir um monitoramento adequado e intervenções para reduzir os riscos associados a essa condição, promovendo a saúde tanto da mãe quanto do bebê.

Portanto, é de fundamental que mulheres grávidas e profissionais de saúde estejam cientes desses fatores de risco, pois o monitoramento adequado durante a gravidez é essencial para detectar precocemente sinais de HG e tomar as medidas necessárias para reduzir o risco de complicações para a mãe e o bebê. Vale ressaltar que a adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma dieta balanceada, atividade física adequada e o controle de condições médicas preexistentes, pode ser benéfico para reduzir o risco de HG em mulheres grávidas (Souza *et al.*, 2011).

Considerando que a HG impacta significativamente a saúde materna e fetal durante a gravidez, o seu impacto requer atenção e cuidados adequados (Malachias *et al.*, 2016). Estudos epidemiológicos com o os de Sousa *et al.* (2020) destacam que essa condição pode ter um

impacto significativo nas complicações maternas e fetais, aumentando o risco de desenvolvimento de PE, caracterizada por pressão arterial elevada e presença de proteína na urina.

No exposto, as SHG apresentam uma diversidade de fatores de risco que variam de acordo com a condição específica dentro do grupo. Estes fatores de risco contribuem para o desenvolvimento das condições e a compreensão de cada uma é crucial para a prevenção e gestão apropriadas. A HC, geralmente, essa condição está relacionada a fatores preexistentes como idade avançada, obesidade e histórico familiar de hipertensão. Esses fatores aumentam a probabilidade de ocorrência de hipertensão antes e durante a gestação.

A PE, por sua vez, apresenta sérias complicações, como danos no fígado, problemas de coagulação e disfunção renal, além de aumentar significativamente o risco de acidente vascular cerebral. Em casos mais graves, a EC provoca convulsões, colocando a vida da mãe em perigo iminente. Ademais, a HG está associada a um maior perigo de restrição de crescimento intrauterino e parto prematuro, podendo essa condição comprometer o desenvolvimento neuropsicomotor do feto a longo prazo, bem como aumentar a vulnerabilidade para doenças crônicas na vida adulta (Kahhale; Francisco; Zugaib, 2018). Os riscos para as condições de PE/EC incluem primeiras gestações, gestação múltipla (gemelar), histórico pessoal ou familiar de PE, novos parceiros sexuais, intervalos longos entre as gestações e condições médicas como diabetes e doenças autoimunes.

A placenta, é outra questão de ser abordada, pois é afetada pela HG, aumentando o risco de complicações placentárias, como descolamento prematuro de placenta, além do descolamento prematuro da placenta, pode resultar em sangramento vaginal, dor abdominal intensa e comprometimento do suprimento de oxigênio e nutrientes para o feto, representando um risco significativo para a saúde fetal (Brasil, 2010).

Ressalta-se como essencial que a HG seja monitorada de perto durante a gravidez, com acompanhamento pré-natal regular e cuidados obstétricos adequados, pois a detecção precoce e o manejo eficaz da HG são fundamentais para reduzir os riscos e minimizar os impactos na saúde materna e fetal (Souza *et al.*, 2011). De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2010), estratégias como o uso de medicamentos anti-hipertensivos, repouso adequado, dieta balanceada com restrição de sal e monitoramento cuidadoso da saúde materna e fetal são estratégias recomendadas para reduzir os riscos e minimizar os impactos da HG.

Em virtude de a HG apresentar um impacto significativo na saúde materna e fetal, aumentando o risco de complicações graves para ambos, torna-se essencial um acompanhamento pré-natal adequado e um manejo eficaz dessa condição. Dessa forma, as

mulheres grávidas podem receber a atenção necessária, sendo possível identificar precocemente sinais de HG e tomar as medidas adequadas para reduzir o risco de complicações para a mãe e o bebê.

A Síndrome HELLP: Esta é uma forma grave de PE que pode ser mais provável em mulheres com histórico de doenças hipertensivas gestacionais ou que experimentaram a síndrome em gestações anteriores. Os fatores também incluem problemas renais ou hepáticos prévios. Entender esses fatores de risco permite que os profissionais de saúde implementem estratégias de monitoramento e intervenção específicas, ajudando a reduzir a incidência de complicações sérias tanto para a mãe quanto para o bebê durante a gravidez.

2.1.3 Intervenções e Estratégias de Saúde Voltadas à Síndrome Hipertensiva Gestacional

As intervenções e estratégias de saúde voltadas às SHG têm como objetivo prevenir complicações maternas e fetais, garantir uma gestação saudável e reduzir os riscos associados a essa condição. A HG, também conhecida como PE, é uma das principais complicações que podem surgir durante a gravidez e requer atenção e cuidados especiais (Santos; Capobianco, 2019).

Uma das intervenções essenciais para o manejo da HG é o acompanhamento pré-natal adequado, pois o pré-natal regular permite identificar precocemente alterações na pressão arterial e outros sinais de PE, possibilitando intervenções oportunas para prevenir complicações graves (Santos; Nery; Matumoto, 2013). Além disso, durante o pré-natal, são realizados exames de monitoramento do desenvolvimento fetal, como o ultrassom, que auxiliam na avaliação do bem-estar do bebê (Irurita-Ballesteros *et al.*, 2019).

Outra estratégia importante consiste na orientação sobre mudanças no estilo de vida, como uma alimentação equilibrada e a prática de atividade física adequada para gestantes. Estudos têm mostrado que uma dieta saudável e a prática regular de exercícios podem contribuir para o controle da pressão arterial durante a gestação e reduzir o risco de desenvolvimento da PE (Nascimento *et al.*, 2014)

Em casos diagnosticados de HG, o tratamento medicamentoso pode ser indicado para controlar a pressão arterial e evitar complicações. Medicamentos como o sulfato de magnésio podem ser administrados para prevenir convulsões em casos mais graves de PE, garantindo a segurança tanto da mãe quanto do bebê (Cirilo *et al.*, 2021).

A vigilância e o monitoramento contínuo da gestação são essenciais para o sucesso das intervenções e estratégias de saúde voltadas à HG. O acompanhamento médico frequente e a

realização de exames periódicos permitem identificar possíveis alterações e ajustar as intervenções conforme necessário. Ademais, é essencial o suporte emocional às gestantes com HG, pois a condição pode gerar ansiedade e preocupações, e a assistência de profissionais de saúde e o apoio familiar podem contribuir para o bem-estar emocional da mulher durante o período gestacional (Benincasa *et al.*, 2019).

Em síntese, as estratégias para tratar a HG incluem um acompanhamento pré-natal adequado, aconselhamento sobre mudanças no estilo de vida, uso de medicamentos quando necessário, além de suporte emocional para gestantes. Ressalta-se que, essas medidas têm como meta evitar complicações maternas e fetais, promovendo uma gravidez saudável, e a educação sobre os sinais de alerta da PE também é crucial, pois permite que gestantes reconheçam os sintomas precoces e busquem assistência médica de forma rápida (Souza; Silva, 2022).

Desse modo, as intervenções e estratégias de saúde voltadas à HG envolvem a educação e conscientização das gestantes, rastreamento durante o pré-natal, suplementação adequada de cálcio como medida preventiva, além de trabalho em equipe e pesquisa contínua, pois essas abordagens visam prevenir complicações e promover uma gestação saudável e segura tanto para a mãe quanto para o bebê. Também importante ressaltar como necessário avaliação da progressão da condição e tomar decisões clínicas apropriadas, pois em alguns casos mais graves de HG, a hospitalização pode ser necessária para garantir o controle adequado da pressão arterial e a monitorização mais próxima da gestante e do feto. Além da indução do parto podendo ser considerada quando a PE atinge um estágio avançado ou quando a saúde da mãe ou do bebê está em risco (Linhares *et al.*, 2014).

Em suma, além das estratégias de saúde já abordadas, é essencial enfatizar o monitoramento contínuo da pressão arterial, a avaliação cuidadosa da gravidade da condição e o suporte emocional adequado para as gestantes que enfrentam a HG, pois a combinação de cuidados preventivos, diagnóstico precoce e acompanhamento integral é fundamental para garantir a saúde e o bem-estar tanto da mãe quanto do bebê.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: CONCEITO E ABORDAGEM

O aprimoramento do bem-estar coletivo e a garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde são objetivos cruciais das estratégias governamentais na área da saúde (Pessoto; Ribeiro; Guimarães, 2015). O conceito de políticas públicas em saúde abrange ações governamentais destinadas a resolver problemas e atender demandas relacionadas à saúde da sociedade como um todo. Essas políticas têm como propósito o planejamento, implementação

e avaliação de programas e projetos que abordem questões de saúde pública, englobando tanto a prevenção de doenças quanto o tratamento e reabilitação de indivíduos (Dalfior; Lima; Andrade, 2015).

De acordo com Jannuzzi (2022), políticas públicas são definidas como o conjunto de escolhas que o governo realiza, seja no sentido de tomar ações ou abster-se delas. No contexto da saúde, tais políticas envolvem decisões dos órgãos governamentais, como alocação de recursos, definição de prioridades, criação de leis e regulamentações, impactando diretamente o setor de saúde.

O enfoque nas políticas públicas em saúde visa o interesse coletivo, buscando solucionar problemas e atender às necessidades de saúde da população sem discriminação. Todavia, conforme explica Esperidião (2018), muito ainda a ser discutido por não se ter um modelo acabado e consensual.

Conforme observações de Giovanella *et al.* (2012), torna-se imperativo elaborar estratégias para lidar com doenças endêmicas, a exemplo da pandemia da Covid-19, e outras ações preventivas, garantindo acesso a serviços de saúde de qualidade. É crucial destacar que a abordagem das políticas públicas no âmbito da saúde pode variar conforme o contexto socioeconômico, cultural e político, adotando diferentes modelos e perspectivas que influenciam a concepção e a execução dessas políticas.

Sob a ótica biológica, evidencia-se a centralidade nas causas biológicas e epidemiológicas das enfermidades, com ênfase particular na prevenção e no controle de surtos e epidemias, pois a saúde é concebida como o estado físico e biológico dos indivíduos (Xavier *et al.*, 2015). Quanto à abordagem social, as políticas públicas percebem a saúde como um resultado das condições sociais e econômicas nas quais as pessoas estão inseridas, e nessa perspectiva têm o propósito de mitigar desigualdades, aliviar a pobreza e fomentar a inclusão social (Giovanella *et al.*, 2012).

Na vertente comportamental, a atenção recai sobre os hábitos e comportamentos individuais que influenciam a saúde, tais como tabagismo, alimentação e atividade física (Marin; Faleiros; Moraes, 2020). As políticas visam incentivar transformações comportamentais que levem a estilos de vida mais saudáveis. A abordagem estrutural destaca a importância de modificar estruturas e sistemas de saúde para aprimorar a oferta e qualidade dos serviços, incluindo investimentos em infraestrutura e capacitação de profissionais.

É fundamental destacar que as políticas públicas em saúde não são estáticas e devem ser revisadas e adaptadas constantemente para atender às necessidades emergentes da população, além disso, a participação da sociedade civil, dos profissionais de saúde e das organizações não

governamentais é essencial para garantir a transparência, legitimidade e efetividade dessas políticas (Oliveira, 2016).

O que se apreende é que, as políticas públicas em saúde são instrumentos fundamentais para promover a saúde da população, prevenir doenças, e garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade, uma vez que essas políticas têm como base o interesse coletivo e buscam abordar questões de saúde pública por meio de ações governamentais planejadas, implementadas e avaliadas de forma sistemática e contínua.

Cabe salientar que, as políticas públicas em saúde como amplas e abrangem uma variedade de áreas, incluindo saúde materno-infantil, doenças crônicas, doenças infecciosas, saúde mental, cuidados paliativos, entre outras. Cada uma dessas áreas requer abordagens específicas para enfrentar os desafios e demandas únicas relacionadas à saúde da população (Xavier *et al.*, 2015).

A redução das desigualdades em saúde é um dos principais objetivos, assegurando acesso a serviços de qualidade a todos os indivíduos, independentemente de sua condição socioeconômica (Brasil, 2013). A promoção da prevenção e hábitos saudáveis é enfatizada, sendo mais eficaz e econômica do que o tratamento de doenças avançadas (Oliveira, 2020).

Outro aspecto importante das políticas públicas em saúde é o papel da educação em saúde, na qual desempenha um papel importante, informando a população sobre fatores de risco e cuidados necessários para manter uma vida saudável (Paes; Paixão, 2016). A pesquisa científica e inovação são essenciais para enfrentar desafios emergentes, como epidemias e pandemias (Tenório, 2016).

A colaboração entre os setores público e privado é outro aspecto relevante das políticas públicas em saúde, pois parcerias com empresas, instituições de ensino e organizações não governamentais podem enriquecer as estratégias e recursos disponíveis para abordar questões de saúde, mas também enfrentam desafios significativos, como a limitação de recursos financeiros e a complexidade dos sistemas de saúde (França; Magnago, 2019). A tomada de decisões em saúde envolve considerações éticas, políticas e econômicas que nem sempre têm respostas fáceis.

Dessa forma, a concepção, implementação e avaliação das políticas públicas voltadas à saúde requerem uma abordagem abrangente e interdisciplinar, com a participação de profissionais da saúde, cientistas, gestores, legisladores e sociedade civil para garantir eficácia, justiça e sintonia com as demandas da população (Xavier *et al.*, 2015).

Por seu turno, as políticas públicas em saúde são fundamentais para a melhoria contínua dos sistemas de saúde, prevenção de doenças, tratamento e bem-estar geral da sociedade.

Entretanto, requerem esforços colaborativos, embasamento científico, inclusão da comunidade e sensibilidade para atender às necessidades específicas de cada contexto, visando aprimorar a qualidade de vida das pessoas e promover um futuro mais saudável e resiliente.

2.2.1 Historicidade das Políticas Públicas de Saúde

As políticas públicas de saúde no Brasil têm uma longa história de evolução e adaptação, refletindo as demandas e desafios enfrentados pelo país ao longo do tempo (Wanderlei; Frias, 2015). Desde a independência em 1822, o Brasil tem buscado estabelecer um sistema de saúde universal e equitativo para atender às necessidades da população (Carvalho, 2013). Um marco significativo foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, que visa garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde para todos os cidadãos brasileiros (Brasil, 1988). Desde então, diversas políticas e programas foram implementados para melhorar a qualidade de vida e promover a saúde da população.

No contexto das políticas públicas, o papel do Estado é crucial para garantir o bem-estar e a qualidade de vida dos cidadãos (Silva *et al.*, 2017). O Estado atua no planejamento, desenvolvimento, criação e execução de políticas públicas em vários setores, incluindo saúde, educação, segurança e meio ambiente. Além disso, deve monitorar e avaliar a eficácia das políticas implementadas, promovendo ajustes conforme necessário (Brasil, 2016).

A participação da sociedade civil é fundamental, e o Estado deve promover o diálogo democrático na construção das políticas públicas (Coelho, 2012). Isso fortalece a legitimidade e a efetividade das políticas, permitindo a identificação de necessidades locais e prioridades. Além disso, o Estado é responsável por garantir a distribuição equitativa dos recursos públicos, reduzindo as desigualdades sociais e garantindo acesso aos serviços básicos para todos os cidadãos.

No contexto brasileiro, medidas específicas foram adotadas para abordar a hipertensão gestacional. A política de saúde materno-infantil visa identificar precocemente a condição e fornecer cuidados adequados às gestantes (Olegário, 2019). O pré-natal de baixo risco, estabelecido pelo Ministério da Saúde, incluem diretrizes para monitorar a saúde materna e fetal, com ênfase na avaliação da pressão arterial e no manejo da hipertensão gestacional (Brasil, 2010).

Além disso, o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN) tem como objetivo promover a humanização e a qualidade da assistência pré-natal no país. Segundo o Ministério da Saúde, o PNHPN visa garantir o acesso universal e equitativo às ações

de prevenção, promoção e atenção à saúde, com enfoque na mulher e no recém-nascido, por meio do fortalecimento das práticas de atenção humanizada (Brasil, 2019).

No contexto das políticas públicas, destaca-se também a importância da educação em saúde e da conscientização da população sobre os riscos e as medidas preventivas da hipertensão gestacional (Cardoso *et al.*, 2019). Ações de informação e sensibilização são fundamentais para que as gestantes compreendam a importância do pré-natal adequado, do controle da pressão arterial e do acompanhamento médico regular.

É relevante ressaltar que as políticas públicas associadas à hipertensão gestacional devem estar alinhadas com as diretrizes e recomendações internacionais (Araújo, 2018). Por exemplo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece critérios e orientações para o diagnóstico e o manejo da hipertensão gestacional, que devem ser considerados na formulação das políticas nacionais.

Para a compreensão dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio quanto a saúde da mulher, a Agenda 2030, adotada pelas Nações Unidas em setembro de 2015, é um plano de ação global que estabelece os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como um guia para ações e políticas em todo o mundo até 2030. Composto por 17 objetivos e 169 metas associadas, os ODS abrangem uma ampla gama de questões sociais, econômicas e ambientais, visando enfrentar os desafios globais mais prementes (ONU, 2015).

A Agenda 2030 reconhece a interconexão dos desafios globais e destaca a necessidade de uma abordagem integrada para alcançar o desenvolvimento sustentável, o que requer parcerias e colaboração entre governos, setor privado, sociedade civil e outras partes interessadas para promover a implementação efetiva dos objetivos (ONU, 2015).

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram uma série de oito metas estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) com o objetivo de combater a pobreza extrema e promover o desenvolvimento humano até o ano de 2015 (ONU, 2015). Os ODM foram lançados em 2000 e tiveram um papel importante na agenda global de desenvolvimento durante esse período (Marinho *et al.*, 2020).

A implementação dos ODS são estabelecidos pela Agenda 2030, sendo dezessete (17) objetivos: Erradicação da pobreza; Fome zero e agricultura sustentável; Saúde e bem-estar; Educação de qualidade; Igualdade de gênero; Água limpa e saneamento; Energia limpa e acessível; Trabalho decente e crescimento econômico; Indústria, inovação e infraestrutura; Redução das desigualdades; Cidades e comunidades sustentáveis; Consumo e produção responsáveis; Ação contra a mudança global do clima; Vida debaixo d'água; vida terrestre; Paz, justiça e instituições eficazes; Parcerias em prol das metas (Brasil, 2020b).

Cada um desses objetivos interconectados representa um aspecto fundamental do desenvolvimento sustentável. Eles abordam questões urgentes e desafiadoras que enfrentamos como sociedade global. Além dos objetivos em si, é importante lembrar das 169 metas específicas associadas a cada objetivo, que fornecem diretrizes claras e mensuráveis para orientar as ações e o progresso (Brasil, 2020b).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável reconhecem que não se pode abordar essas questões isoladamente, mas sim de forma integrada e holística, exige-se a colaboração de governos, setor privado, sociedade civil e indivíduos para implementar políticas e programas que promovam a sustentabilidade em todas as áreas (Brasil, 2020b).

A Agenda 2030 oferece um roteiro abrangente para abordar os desafios globais e promover um futuro melhor para toda a humanidade. Dentro dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável estabelecidos pela Agenda 2030, alguns estão especificamente direcionados à saúde da mulher, gestantes e hipertensão (Brasil, 2020b). Destacam-se como principais objetivos que abordam essas questões, a saber: Objetivo 3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as idades - Esse objetivo inclui várias metas relacionadas à saúde, incluindo a redução da mortalidade materna, o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, a redução da mortalidade neonatal e infantil, além de combater as doenças não transmissíveis, como a hipertensão. Objetivo 5: Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas - Esse objetivo busca garantir o acesso das mulheres a serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o atendimento durante a gravidez e o parto. Também enfatiza a necessidade de prevenir e eliminar a violência contra as mulheres, incluindo a violência obstétrica. Objetivo 6: Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos - Embora este objetivo não esteja diretamente relacionado à saúde da mulher, é importante mencioná-lo, pois a hipertensão está frequentemente associada ao consumo inadequado de água e à falta de acesso a água potável limpa.

No entanto, é importante ressaltar que os objetivos são interconectados, e abordar um objetivo pode ter impactos positivos em outros. A implementação efetiva dos ODS conforme o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) exige uma abordagem integrada e abrangente para alcançar resultados significativos em termos de saúde e bem-estar das mulheres. Ressalta-se que, os ODS que têm relevância para a saúde da mulher, gestantes e hipertensão que estão dentro dos 17 ODS da Agenda 2030, existem várias metas e indicadores relacionados à saúde da mulher, hipertensão e gestação, e metas relevantes para essas áreas (IPEA, 2018).

ODS 3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Meta 3.1: Reduzir a taxa de mortalidade materna global. Meta 3.4: Reduzir as mortes

prematuras por doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardiovasculares (como a hipertensão). Meta 3.7: Garantir o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar. Meta 3.7.1: Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, incluindo contraceptivos. Meta 3.7.2: Acabar com as práticas prejudiciais à saúde das mulheres e meninas, como a mutilação genital feminina e o casamento infantil (IPEA, 2018).

Os ODS 5 visa: Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas. Meta 5.1: Acabar com todas as formas de discriminação contra mulheres e meninas. Meta 5.2: Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas, incluindo a violência doméstica. Meta 5.3: Eliminar todas as práticas prejudiciais, como o casamento infantil e forçado e a mutilação genital feminina. Meta 5.6: Garantir o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, incluindo a prevenção e o tratamento de condições como hipertensão relacionada à gravidez. Meta 5.6.1: Reduzir a proporção de mulheres jovens (entre 15 e 19 anos) que já tiveram uma gravidez. Meta 5.a: Empreender reformas que deem às mulheres direitos iguais aos recursos econômicos, bem como acesso a propriedade e controle sobre a terra e outras formas de propriedade, serviços financeiros, herança e recursos naturais (IPEA, 2018).

Os ODS 16: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, fornecer acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis. Meta 16.1: Reduzir significativamente todas as formas de violência e mortalidade relacionadas à violência, incluindo a violência doméstica contra as mulheres. Meta 16.2: Acabar com o abuso, a exploração, o tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças. Meta 16.9: Até 2030, fornece acesso legal a identidade para todos, incluindo o registro de nascimento. Meta 16.10: Garantir o acesso público à informação e proteger as liberdades fundamentais, de acordo com a legislação nacional e os acordos internacionais (IPEA, 2018).

Por fim, diante desse contexto, tem-se que as políticas públicas desempenham um papel fundamental na abordagem da hipertensão gestacional, pois são responsáveis por estabelecer diretrizes, direitos e ações específicas que visam prevenir, diagnosticar e tratar essa condição de saúde durante a gravidez. A relevância das políticas públicas nesse contexto reside em diversos aspectos, tais como a promoção da saúde materno-infantil, acesso equitativo aos cuidados de saúde, prevenção de complicações e redução da morbimortalidade, orientação e capacitação dos profissionais de saúde, e monitoramento e avaliação dos resultados, entre outros (Soncin, 2023).

A relevância dos temas supracitados para as políticas públicas é indiscutível. A abordagem dessas questões por meio de políticas efetivas e estratégias direcionadas é de extrema importância para alcançar os objetivos de desenvolvimento sustentável e promover o bem-estar da população como um todo.

2.2.2 Evolução das Políticas de Saúde Relacionadas à Gestação

A evolução das políticas de saúde associadas à gestação tem sido objeto de atenção e aprimoramento ao longo do tempo. A saúde materno-infantil, reconhecida como prioridade na agenda global de saúde pública, tem sido alvo de políticas voltadas para garantir cuidados adequados durante a gestação e o parto, visando à redução da mortalidade materna e infantil e ao aprimoramento dos indicadores de saúde (Brasil, 2018a).

Historicamente, a assistência à gestante e ao parto passou por transformações, evoluindo da predominância de parteiras e partos domiciliares até o surgimento do parto hospitalar com o avanço da medicina e industrialização no século XIX (Leister; Riesco, 2013). A introdução de abordagens médicas no parto, embora tenha trazido vantagens, também apresentou desafios para a promoção da humanização nesse contexto, conforme Nicida *et al.* (2020) destacam.

No Brasil, ao longo do século XX, políticas de saúde relacionadas à gestação foram influenciadas por mudanças sociais e sanitárias. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, teve como objetivo principal levar saneamento básico e construir redes de unidades de saúde, com foco em medicina preventiva e curativa, além de reduzir a mortalidade materna e infantil (Adriano; Pessoa, 2022). Posteriormente, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), estabelecido na década de 1970, ampliou o escopo da atenção à saúde da mulher, incluindo planejamento familiar e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (Souto; Moreira, 2021).

Com o passar dos anos, a compreensão da saúde materno-infantil expandiu-se, abrangendo não apenas a gestação e o parto, mas também o pré-natal e o pós-parto, com atenção integral à saúde da mulher e da criança (Brasil, 2004). A Estratégia de Saúde da Família (ESF), implementada a partir da década de 1990, trouxe uma abordagem mais abrangente e comunitária, aproximando os serviços de saúde das famílias e comunidades e promovendo um cuidado mais integral à gestante e à criança (Brasil, 2018b).

A Organização Mundial da Saúde tem sido fundamental na criação de políticas de saúde materno-infantil. Em 1991, lançou a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” para promover a amamentação e prevenir o desmame precoce nos hospitais. Posteriormente, em 2014, em

parceria com o UNICEF, expandiu essa iniciativa para incluir o parto respeitoso, enfatizando práticas humanizadas e baseadas em evidências durante o parto (Brasil, 2014).

Atualmente, as políticas de saúde relacionadas à gestação buscam fortalecer a atenção primária, promover a saúde, prevenir doenças, realizar exames pré-natais adequados e capacitar profissionais de saúde para um atendimento humanizado e qualificado. Esforços são direcionados a garantir acesso equitativo aos serviços de saúde materno-infantil, especialmente para populações vulneráveis e em áreas remotas, reconhecendo a importância da equidade no acesso para melhores resultados de saúde (Sortica *et al.*, 2018).

Importante ressaltar que, a evolução das políticas de saúde relacionadas à gestação reflete um amadurecimento na compreensão da importância do cuidado integral à saúde materno-infantil, envolvendo aspectos físicos, emocionais, sociais e culturais, uma vez que as políticas públicas têm buscado caminhos para garantir uma assistência mais humanizada, inclusiva e equitativa, promovendo a qualidade de vida e bem-estar das gestantes e de seus bebês (Noremborg, 2016). Todavia, ainda há desafios a serem enfrentados, mas o compromisso com a redução da mortalidade e morbidade relacionadas à gestação continua norteando os esforços e aprimoramentos nessa área (Soncin, 2023).

Além das políticas de saúde voltadas para a gestação, também é importante mencionar o papel das tecnologias e das pesquisas científicas na evolução dos cuidados materno-infantis, pois o avanço tecnológico tem proporcionado melhorias significativas na detecção precoce de complicações gestacionais, no acompanhamento do desenvolvimento fetal e no tratamento de condições médicas que podem afetar a gestante e o bebê (Leal *et al.*, 2018).

Os avanços na área da genética, por exemplo, possibilitaram o diagnóstico pré-natal de algumas condições genéticas e anomalias congênitas, permitindo intervenções adequadas e o planejamento de cuidados específicos para o recém-nascido. Além disso, a ultrassonografia obstétrica e a monitorização fetal têm contribuído para a detecção precoce de problemas durante a gestação, possibilitando intervenções oportunas para garantir a saúde do bebê (França *et al.*, 2016).

Outro aspecto relevante é a importância da pesquisa científica na formulação de políticas e diretrizes para a saúde materno-infantil. Estudos clínicos e epidemiológicos têm fornecido evidências científicas que fundamentam a tomada de decisões sobre práticas clínicas e políticas públicas relacionadas à gestação. A pesquisa também tem sido fundamental para identificar lacunas no conhecimento e orientar novas abordagens de cuidados materno-infantis (Silva *et al.*, 2021).

Além disso, a atenção à saúde mental das gestantes também tem ganhado destaque nas políticas de saúde, pois a depressão pós-parto consiste em uma condição que pode afetar significativamente a saúde da mãe e do bebê, e intervenções adequadas são essenciais para prevenir e tratar esse problema. Políticas que promovam o suporte emocional durante a gestação e o pós-parto têm como objetivo reduzir os impactos negativos na saúde materna e infantil (Irurita-Ballesteros *et al.*, 2019).

Ressalta-se que, as políticas de saúde relacionadas à gestação têm sido moldadas por diversos fatores, incluindo avanços tecnológicos, pesquisas científicas e maior atenção à saúde mental, e a busca contínua por melhorias nos cuidados materno-infantis, a partir de abordagens mais abrangentes, humanizadas e inclusivas, reflete o compromisso com a promoção da qualidade de vida e do bem-estar das gestantes e seus bebês.

2.2.3 Fatores Sociais e Étnicos nas Variações dos Riscos Associados às Síndromes Hipertensivas da gestação

As Síndromes hipertensivas da gestação representam um grupo de distúrbios que podem ocorrer durante a gravidez, incluindo a hipertensão crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Dentre os diversos fatores de risco para as SHG, o estudo de Araújo *et al.* (2017) incluem idades extremas de gravidez, raça não branca, condições socioeconômicas e demográficas desfavoráveis, histórico pessoal e familiar de pré-eclâmpsia, sobrepeso, má nutrição, hipertensão arterial crônica e diabetes mellitus. Entender como os fatores sociais e étnicos impactam essas condições é essencial para uma gestão e prevenção eficazes dos riscos associados.

Variáveis sociais como *status* socioeconômico, acesso a cuidados de saúde e nível educacional podem afetar significativamente a prevalência e a severidade das Síndromes hipertensivas durante a gestação (Giuriato; Couy; Duran, 2023). Os fatores relacionados às síndromes são variados e incluem elementos importantes que devem ser levados em conta tanto no atendimento pré-natal quanto no cuidado geral à saúde das mulheres em idade reprodutiva (Ribeiro *et al.*, 2015). Autores como Moraes *et al.* (2019) discutem que os fatores socioeconômicos e étnicos contribuem significativamente para as disparidades nas taxas e nos resultados dessas síndromes entre diferentes populações.

Em relação aos fatores étnicos, a pesquisa de Carmo *et al.* (2022) destaca diferenças significativas nas taxas de incidência dessas síndromes entre diferentes grupos étnicos, como as mulheres afrodescendentes das quais possuem quase o dobro de probabilidade de

desenvolver pré-eclâmpsia comparadas a mulheres caucasianas. No estudo de Kerber e Melere (2021), observa-se que a maioria das gestantes com Síndromes hipertensivas gestacionais são classificadas como de cor branca, enquanto um percentual menor é identificado como parda ou preta. Esta disparidade pode ser atribuída a uma combinação de fatores genéticos, socioeconômicos e de acesso a cuidados de saúde (Amorim *et al.*, 2017). Este fenômeno pode ser parcialmente explicado por diferenças genéticas, mas também pode ser influenciado por fatores socioeconômicos e de acesso à saúde.

Em termos de fatores sociais, a literatura aponta que o acesso limitado a cuidados de saúde pré-natal, menor nível educacional e condições socioeconômicas precárias estão intrinsecamente ligados a um maior risco de desenvolver síndromes hipertensivas durante a gravidez (Giuriato; Couy; Duran, 2023). Oliveira (2016) observa que mulheres em áreas mais desfavorecidas economicamente apresentam taxas mais elevadas de complicações hipertensivas na gravidez, falta de recursos e acesso limitado a serviços de pré-natal contribuem para diagnósticos tardios e tratamentos inadequados, aumentando o risco de desfechos adversos para a mãe e o bebê, o que potencializa o risco de complicações. Além disso, a educação desempenha um papel importante, como observado por Oliveira (2016), que demonstram que um maior nível educacional está associado a um menor risco de complicações hipertensivas na gestação.

O estresse psicossocial também é um fator relevante. Mulheres que experienciam altos níveis de estresse durante a gravidez são mais susceptíveis a desenvolver estas síndromes (Rennó Júnior, Joel *et al.*, 2013). Explicam Bacelar *et al.* (2017) que o estresse pode ser exacerbado por instabilidade financeira, racismo, e isolamento social, elementos frequentemente mais pronunciados em comunidades marginalizadas.

A variabilidade nos cuidados de saúde e nas práticas médicas entre diferentes regiões e países também pode influenciar a prevalência e os desfechos das SHG, e em muitos casos as diretrizes para diagnóstico e tratamento geralmente se fundamentam em evidências sólidas, incluindo estratégias para prevenir, diagnosticar e tratar condições graves. Tanto que no estudo realizado por Sena (2014), destacou-se a relevância de estabelecer a Assistência Pré-Natal ao longo da gravidez como uma estratégia eficaz para promover e prevenir problemas de saúde. No entanto, a aplicação inconsistente dessas diretrizes pode resultar em variações nos resultados de saúde entre diversos grupos étnicos e socioeconômicos (Brasil, 2023).

Kerber e Melere (2017) salientam a falta de pesquisas sobre a prevalência das SHG e suas conexões com riscos para mães e fetos. Eles enfatizam a importância de mais estudos nesse campo, visto que os riscos associados às SHG podem levar a sérias complicações maternas e

fetais. Por isso, é fundamental assegurar um acompanhamento pré-natal adequado, considerando o papel crucial da saúde materna na mitigação de riscos e no manejo de complicações, incluindo as SHG.

A intersecção desses fatores sociais e étnicos sugere a necessidade de compreensão dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), de políticas de saúde pública mais inclusivas e direcionadas, que não apenas abordem as necessidades médicas diretas, mas também considerem o contexto social e étnico das pacientes (Queiroz, 2018). Portanto, é crucial que estratégias e práticas clínicas sejam adaptadas para mitigar os impactos dessas disparidades (Araújo *et al.*, 2017). O que inclui melhorar o acesso ao pré-natal, educar profissionais de saúde sobre as diferenças culturais e étnicas no cuidado à saúde, e desenvolver políticas que visem a equidade no atendimento à saúde materna.

A inclusão de fatores sociais e étnicos nas discussões sobre as SHG não apenas enriquece a compreensão médica dessas condições, mas também direciona a criação de intervenções mais precisas e culturalmente sensíveis, com o potencial de reduzir significativamente a incidência de casos graves e melhorar os resultados de saúde para mães e bebês em diferentes contextos sociais e culturais. Segundo observações de Queiroz (2018), ao analisar os sistemas interligados de injustiça e opressão, é essencial reconhecer a diversidade de dimensões em que a desigualdade social se revela. Portanto, é crucial que os profissionais da área da saúde estejam cientes dessas disparidades e empreguem abordagens adaptadas para reduzir os riscos associados às Síndromes hipertensivas em gestantes de diferentes origens sociais e étnicas.

2.2.4 Impactos das Políticas Públicas na Redução da Incidência e Complicações

As políticas públicas desempenham um papel importante na gestão e prevenção das SHG, não se restringindo apenas à hipertensão isolada, mas abrangendo toda a complexidade dessas condições médicas. As intervenções governamentais têm o potencial de modificar significativamente o cenário de saúde materna ao abordar fatores de risco, acesso ao atendimento e educação sanitária. Embora a assistência no pré-natal no Brasil tenha uma alta taxa de cobertura, os dados indicam que ainda existem deficiências no acesso a esse serviço, conforme apontado por Barata *et al.* (2013).

A importância de políticas que garantam acesso universal a cuidados pré-natais é amplamente reconhecida na literatura, e de acordo com Vettori *et al.* (2011), estabelecer um acesso consistente a serviços de saúde pré-natais é essencial para a detecção e o manejo precoce

de condições hipertensivas, o que pode reduzir significativamente as complicações graves durante a gestação. Este acesso não apenas melhora os desfechos de saúde para a mãe e o bebê, mas também contribui para a redução de custos no sistema de saúde.

Estudos têm demonstrado que o desenvolvimento e a implementação de políticas voltadas especificamente para a saúde materna resultam em uma redução notável na incidência de SHG. Como destacado por Queiroz *et al.* (2018), políticas que garantem acesso universal a cuidados pré-natais de qualidade são vitais. A monitorização regular durante a gravidez permite a detecção precoce de sinais de pré-eclâmpsia e outras condições hipertensivas, facilitando intervenções oportunas que podem salvar vidas tanto de mães quanto de bebês.

Oliveira *et al.* (2024) discorrem que programas educacionais dirigidos tanto a profissionais de saúde quanto a gestantes podem melhorar o reconhecimento e manejo dessas síndromes. A formação continuada dos profissionais de saúde sobre as diretrizes atualizadas para o tratamento das síndromes hipertensivas é essencial para garantir uma resposta adequada às necessidades das pacientes.

Adicionalmente, a educação de profissionais de saúde e gestantes desempenha um papel crucial. Dias *et al.* (2015) demonstram que o conhecimento aprofundado sobre os sintomas e o tratamento das síndromes hipertensivas pode reduzir a mortalidade materna e fetal, e essencial que os profissionais desenvolvam métodos para aprimorar o atendimento às gestantes, enfatizando a educação em saúde e o fortalecimento da relação entre as gestantes e os serviços de saúde. De acordo com Santos (2020), programas educacionais eficazes ajudam a disseminar práticas baseadas em evidências, capacitando tanto os profissionais quanto as pacientes no reconhecimento e intervenção precoce dessas condições.

As políticas de saúde pública que focam na equidade de acesso também são fundamentais, pois diferenças socioeconômicas e étnicas na incidência de SHG apontam para a necessidade de políticas que abordem essas disparidades (Jacob *et al.*, 2020). De acordo com Sampaio, Oliveira e Oliveira (2022) as intervenções precisam visar a diminuição das desigualdades étnicas e socioeconômicas para enfrentar a maior incidência de condições hipertensivas em comunidades carentes. Nesse caso, a disponibilização de serviços de saúde mais acessíveis nesses locais pode reduzir os riscos e contribuir para uma gestação mais segura.

Entretanto, os achados da pesquisa de Silva *et al.* (2018) destacam as desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde, sublinhando a importância de monitorar os indicadores para direcionar as políticas de saúde no Brasil. Pesquisas realizadas tanto no Brasil quanto no exterior têm apontado que apenas ampliar a disponibilidade de serviços de saúde não é

suficiente para assegurar um acesso e uso mais amplo desses serviços, especialmente entre populações vulneráveis.

Outro ponto importante é a integração de serviços de saúde mental no cuidado pré-natal também uma área emergente de políticas públicas. O estresse e a ansiedade têm sido associados a um risco aumentado de síndromes hipertensivas, e programas que promovem o bem-estar mental durante a gestação podem contribuir para a redução desses riscos (Brito *et al.*, 2023).

Portanto, as políticas públicas que focam em uma abordagem holística e integrada à saúde materna não apenas podem favorecer para a redução da incidência de síndromes hipertensivas, como também minimizar suas complicações, promovendo melhores desfechos para a saúde de mães e seus filhos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a tendência temporal e as variações regionais das Síndromes Hipertensivas da Gestação no Espírito Santo no período de 2012 a 2023

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as variações temporais anuais das Síndromes Hipertensivas da Gestação no Espírito Santo, durante o período de 2012 a 2023;
- Identificar possíveis mudanças nas características demográficas e clínicas das mulheres que experimentaram eventos das Síndromes Hipertensivas da Gestação;
- Identificar possíveis disparidades regionais na incidência das Síndromes Hipertensivas da Gestação dentro do Espírito Santo ao longo do período de 2012 a 2023

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa empregou um estudo observacional do tipo ecológico descritivo de tendência temporal. A pesquisa observacional, o pesquisador registra e examina eventos, comportamentos ou fenômenos em seu ambiente natural, sem realizar intervenções diretas ou manipulação deliberada de variáveis (Lakatos; Marconi, 2021).

O método ecológico é apropriado quando o foco é em níveis populacionais ou agregados, em vez de indivíduos específicos. Este método é particularmente relevante para a pesquisa de tendências, permitindo uma análise abrangente da evolução do fenômeno em uma população (Antunes; Cardoso, 2015).

Estudos epidemiológicos de base populacional, comumente são utilizados em uma investigação com o propósito de descrever ou identificar a incidência de uma doença ou agravante à saúde em uma população, utilizando um ou mais grupos previamente classificados no início do estudo (Hulley *et al.* 2008).

Em conformidade com Lakatos e Lakatos (2021), os estudiosos apontam a pesquisa retrospectiva como um método que se propõe a investigar eventos passados, sendo concebida para retroceder do presente a um ponto específico no passado. Esta abordagem é particularmente útil ao abordar tópicos que demandam uma análise ao longo de vários anos.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário de pesquisa converge com o contexto da saúde materno-infantil, com foco nas síndromes hipertensivas no Estado do Espírito Santo, Brasil, cuja localização pode ser vista na Figura 1.

Figura 1 – Mapa do Espírito Santo



Fonte: Disponível em: <https://www.google.com/>

O estado do Espírito Santo, situado na região Sudeste do Brasil, destaca-se por suas praias tropicais e áreas montanhosas preservadas. Foi fundado em 1551 e tem Vitória como sua capital, abrangendo uma área territorial de 46.095 km², com uma densidade demográfica de 83,20 habitantes por quilômetro quadrado. De acordo com dados do IBGE de 2022, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado é de 0,771. A população atual do Espírito Santo é de aproximadamente 3.833.712 milhões de pessoas, representando um aumento de 9% em comparação com o último censo divulgado em 2010, quando a população do estado era de 3.514.952, destes, 1.963.649 são do gênero feminino (51,2%) e 1.870.063 do gênero masculino (48,8%) (IBGE, 2022).

O Estado do Espírito Santo engloba 78 municípios, dos quais 1 possui uma população superior a 500.000 habitantes, 3 têm mais de 300.000 habitantes, 5 contam com mais de 100.000 habitantes, enquanto 10 registram uma população inferior a 100.000 habitantes. Além disso, 17 municípios têm menos de 30.000 habitantes, 32 possuem menos de 20.000 habitantes e 10 mantêm uma população inferior a 10.000 habitantes. Conforme pode ser visto no Quadro 1.

Quadro 1 – Lista de Municípios do Estado do Espírito Santo, por População (N=78)

| Número | | Municípios | Habitantes |
|---------------|------------------------------|-------------------------|-------------------|
| | Mais de 500.000 hab. | | |
| 1 | | Serra | 520.649 |
| | | | |
| | Mais de 300.000 hab. | | |
| 2 | | Vila Velha | 467.722 |
| 3 | | Cariacica | 353.510 |
| 4 | | Vitória | 322.869 |
| | | | |
| | Mais de 100.000 hab. | | |
| 5 | | Cachoeiro de Itapemirim | 185.784 |
| 6 | | Linhares | 166.786 |
| 7 | | Guarapari | 124.656 |
| 8 | | São Mateus | 123.750 |
| 9 | | Colatina | 119.992 |
| | | | |
| | Menos de 100.000 hab. | | |
| 10 | | Aracruz | 94 765 |
| 11 | | Viana | 73 423 |
| 12 | | Nova Venécia | 49 065 |
| 13 | | Barra de São Francisco | 42 498 |
| 14 | | Marataízes | 41 929 |
| 15 | | Santa Maria de Jetibá | 41 636 |
| 16 | | Itapemirim | 39 832 |
| 17 | | Castelo | 36.930 |
| 18 | | Domingos Martins | 35.416 |
| 19 | | São Gabriel da Palha | 32.252 |
| | | | |
| | Menos de 30.000 hab. | | |
| 20 | | Afonso Cláudio | 30.684 |
| 21 | | Baixo Guandu | 30.674 |
| 22 | | Anchieta | 29.984 |
| 23 | | Guaçuí | 29.358 |
| 24 | | Alegre | 29.177 |
| 25 | | Jaguaré | 28.931 |
| 26 | | Iúna | 28.590 |
| 27 | | Conceição da Barra | 27.458 |
| 28 | | Sooretama | 26.502 |
| 29 | | Ibatiba | 25.380 |
| 30 | | Mimoso do Sul | 24.475 |
| 31 | | Pinheiros | 23.915 |
| 32 | | Venda Nova do Imigrante | 23.831 |
| 33 | | Santa Teresa | 22.808 |
| 34 | | Piúma | 22.300 |
| 35 | | Ecoporanga | 21.992 |
| 36 | | Pedro Canário | 21.522 |
| | | | |
| | Menos de 20.000 hab. | | |
| 37 | | Vargem Alta | 19.563 |
| 38 | | Rio Bananal | 19.273 |
| 39 | | Montanha | 18.900 |
| 40 | | Pancas | 18.893 |
| 41 | | Muniz Freire | 18.153 |
| 42 | | Fundão | 18.014 |
| 43 | | Marechal Floriano | 17.641 |
| 44 | | João Neiva | 14.079 |
| 45 | | Alfredo Chaves | 13.836 |
| 46 | | Muqui | 13.745 |
| 47 | | Vila Valério | 13.728 |
| 48 | | Irupi | 13.710 |
| 49 | | Presidente Kennedy | 13.696 |
| 50 | | Boa Esperança | 13.608 |
| 51 | | Itaguaçu | 13.589 |

| | | | |
|--------------|-----------------------------|------------------------|------------------|
| 52 | | Santa Leopoldina | 13.106 |
| 53 | | Brejetuba | 12.985 |
| 54 | | Mantenópolis | 12.770 |
| 55 | | Iconha | 12.326 |
| 56 | | Marilândia | 12.202 |
| 57 | | Água Doce do Norte | 12.042 |
| 58 | | Conceição do Castelo | 11.937 |
| 59 | | Ibiraçu | 11.713 |
| 60 | | Jerônimo Monteiro | 11.575 |
| 61 | | Laranja da Terra | 11.094 |
| 62 | | Rio Novo do Sul | 11.069 |
| 63 | | Governador Hindenburg | 11.009 |
| 64 | | São Roque do Canaã | 10.878 |
| 65 | | São José do Calçado | 10.886 |
| 66 | | Itarana | 10.597 |
| 67 | | Atílio Vivacqua | 10.540 |
| 68 | | Bom Jesus do Norte | 10.254 |
| | Menos de 10.000 hab. | | |
| 69 | | Águia Branca | 9.711 |
| 70 | | Ibitirama | 9.520 |
| 71 | | Vila Pavão | 8.911 |
| 72 | | São Domingos do Norte | 8.589 |
| 73 | | Alto Rio Novo | 7.434 |
| 74 | | Apiacá | 7.223 |
| 75 | | Dores do Rio Preto | 6.596 |
| 76 | | Ponto Belo | 6.497 |
| 77 | | Mucurici | 5.466 |
| 78 | | Divino de São Lourenço | 5.083 |
| | | | |
| Total | | Espírito Santo | 3.833.486 |

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do DATASUS/TABNET, 2023.

No Espírito Santo, há 150.054 entre 15 a 19 anos. Na faixa de 20 a 24 anos, o número é de 160.591, seguido por 161.740 entre 25 a 29 anos. Entre 30 a 34 anos, são 151.970 mulheres, e de 35 a 39 anos, o total é de 132.181. Nas faixas de 40 a 44 anos e 45 a 49 anos, o número de mulheres é de 125.090 e 117.028, respectivamente, totalizando 998.654 mulheres no estado.

No Brasil, há 8.431.641 entre 15 a 19 anos. Na faixa de 20 a 24 anos, o número é de 8.614.581, seguido por 8.643.096 entre 25 a 29 anos. Entre 30 a 34 anos, são 8.026.554 mulheres, e de 35 a 39 anos, o total é de 7.121.722. Nas faixas de 40 a 44 anos e 45 a 49 anos, o número de mulheres é de 6.688.585 e 6.141.128, respectivamente, totalizando 53.667,307 mulheres no país, conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição do Número de Mulheres por Faixa Etária, Espírito Santo, Brasil (2012-2023)

| Faixa etária | Espírito Santo | Brasil |
|---------------------|-----------------------|-------------------|
| 15 a 19 anos | 150.054 | 8.431.641 |
| 20 a 24 anos | 160.591 | 8.614.581 |
| 25 a 29 anos | 161.740 | 8.643.096 |
| 30 a 34 anos | 151.970 | 8.026.554 |
| 35 a 39 anos | 132.181 | 7.121.722 |
| 40 a 44 anos | 125.090 | 6.688.585 |
| 45 a 49 anos | 117.028 | 6.141.128 |
| Total | 998.654 | 53.667,307 |

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do DATASUS/TABNET, 2023

A quantidade de mulheres distribuídas por faixa etária de risco para SHG, tanto no Espírito Santo quanto no Brasil, é apresentada da seguinte forma: entre 20 e 24 anos, o Espírito Santo conta com 160.591 mulheres, enquanto o Brasil possui 8.614.581. No intervalo de 25 a 29 anos, há 161.740 mulheres no Espírito Santo e 8.643.096 no Brasil. Na faixa etária de 30 a 34 anos, os números são 151.970 no Espírito Santo e 8.026.554 no Brasil. Para a faixa de 35 a 39 anos, estão presentes 132.181 mulheres no Espírito Santo e 7.121.722 no Brasil. O total de mulheres nas faixas etárias de risco é de 606.482 no Espírito Santo e 32.405.953 no Brasil, conforme exposto no Quadro 3.

Quadro 3 – Distribuição do Número de Mulheres por Faixa Etária de Risco para SHG, Espírito Santo, Brasil (2012-2023)

| | | |
|--------------|----------------|-------------------|
| 20 a 24 anos | 160.591 | 8.614.581 |
| 25 a 29 anos | 161.740 | 8.643.096 |
| 30 a 34 anos | 151.970 | 8.026.554 |
| 35 a 39 anos | 132.181 | 7.121.722 |
| Total | 606.482 | 32.405.953 |

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do DATASUS/TABNET, 2023

4.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA

A população do estudo é composta de todas os casos de internações diagnosticados por SHG no Espírito Santo e registrados no o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), e banco de dados DATASUS/TABMET. Foram selecionados os casos de internação cujo diagnóstico principal inseria-se no capítulo XV referente gravidez, parto e puerpério da Classificação Internacional de Doenças-CID-10, especificado na lista de morbidade pelo “Edema, proteinúria, transtorno hipertensivo durante a gravidez, parto e período puerperal”, referente aos códigos:

- O10- Edema e proteinúria gestacionais
- O11- Edema gestacional

- O12- Edema gestacional, proteinúria e hipertensão gestacional (pré-eclâmpsia)
- O13- Hipertensão gestacional com proteinúria significativa
- O14- Hipertensão gestacional (incluindo pré-eclâmpsia)
- O15- Eclâmpsia
- O16- Outros transtornos hipertensivos na gravidez

4.3.1 Critérios de Inclusão

A pesquisa utilizou dados de internação hospitalar de mulheres que desenvolveram hipertensão gestacional e foram diagnosticadas com SHG e hospitalizadas no estado do Espírito Santo entre 1º de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2023. Foi considerado as faixas etárias entre 15 a 49 anos. Além disso para avaliar fatores determinantes, os dados foram estratificados pelas seguintes variáveis: cor/raça, faixa etária, microrregião segundo IBGE e tipo de serviço (público ou privado).

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa as variáveis cuja completude não se mostraram confiáveis, caracterizada por uma maior porcentagem de valores ignorados entre as categorias selecionadas.

4.4 COLETA DE DADOS

Este estudo utilizou dados secundários extraídos do sistema DATASUS/TABNET para analisar tendências de crescimento nos casos de SHG no Espírito Santo. É importante destacar que, para os fins desta pesquisa, o termo "incidência" refere-se exclusivamente ao número de internações hospitalares relacionadas às SHG registradas no período estudado. Essa delimitação foi adotada para assegurar a consistência na análise dos dados e na interpretação dos resultados, considerando que o foco principal do estudo é a avaliação das internações notificadas no sistema de saúde.

A coleta de dados foi realizada com base no local de residência das gestantes, permitindo uma análise mais precisa das características regionais e das variações temporais, e as fontes forneceram informações detalhadas sobre o diagnóstico das SHG, incluindo o local de

internação e dados temporais associados a cada ano, meses, faixa etária e cor/raça. Foram coletadas informações demográficas, das quais foram organizadas e codificadas para possibilitar uma análise estatística descritiva. Na busca considerou-se o ano de internação, os meses de cada ano e as faixas etárias (15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos), além da cor/raça (branca, preta, parda, amarela, indígena).

A abordagem estatística descritiva foi empregada para identificar o número dos casos de internação por diagnóstico das SHG desde 2012, abrangendo os 78 municípios e categorizando os casos conforme o local de internação. As variáveis essenciais incluíram ano, meses, sexo, faixa etária e cor/raça da população, codificadas segundo o CID-10.

Considerando variações temporais, características demográficas, disparidades regionais, a relação epidemiológica com a hipertensão gestacional e políticas públicas de saúde, foram elencadas variáveis dependentes, independentes, qualitativas e quantitativas. Variáveis Dependentes (qualitativas) foram representadas pelo número dos casos de internação por SHG em relação à população feminina em idade fértil (15 a 49 anos) no Espírito Santo, ao longo do período de estudo. Variáveis Independentes (quantitativas) são referidas ao ano de observação (2014 a 2023), faixa etária (15-19, 20-29, 30-39, 40-49 anos) e dados sobre cor/raça.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise das tendências temporais, foi aplicado o método de *Prais-Winsten*, que permitiu corrigir a autocorrelação presente nos dados, proporcionando resultados mais robustos e confiáveis. O método de *Prais-Winsten* é amplamente utilizado para analisar séries temporais com o objetivo de corrigir a autocorrelação dos resíduos, proporcionando assim estimativas mais precisas e robustas. De acordo com estudos como os de Antunes e Cardoso (2015), esse método é especialmente indicado para análises em que os dados possuem uma estrutura temporal, ou seja, apresentam observações sequenciais ao longo de um período, e há a necessidade de modelar a relação entre variáveis dependentes e independentes sem que haja distorções causadas pela dependência entre os resíduos.

Diferentemente dos modelos de regressão linear simples, o método de *Prais-Winsten* incorpora um procedimento iterativo que ajusta a série temporal ao aplicar uma transformação que elimina a autocorrelação de primeira ordem. O que é relevante, pois, como apontado por Fernandes *et al.* (2020), a presença de autocorrelação viola um dos pressupostos fundamentais da regressão linear, podendo levar a erros na interpretação dos coeficientes e nos testes de significância. Além disso, a vantagem do método está em sua capacidade de fornecer resultados

mais robustos em análises longitudinais ou de séries temporais, particularmente quando o objetivo é investigar tendências temporais e sua relação com variáveis contextuais, como é o caso de estudos na área de saúde pública que buscam entender padrões epidemiológicos ao longo do tempo (Antunes; Cardoso, 2015).

Ao aplicar o método de *Prais-Winsten*, os dados são ajustados levando em conta a estrutura temporal, e a transformação resultante permite que os coeficientes sejam estimados de forma que a autocorrelação residual seja minimizada. Dessa forma, o uso desse método melhora a precisão dos intervalos de confiança e a eficácia dos testes de hipótese, tornando-o uma escolha adequada para estudos que busquem investigar variações temporais e relacionar essas variações a características demográficas ou regionais.

A análise dos dados foi conduzida por meio de análise descritiva e emprego de técnicas estatísticas de *Prais-Winsten*, levando em consideração as variáveis previamente definidas na pesquisa. No início, foram realizadas análises descritivas para oferecer uma visão abrangente dos dados coletados sobre as Síndromes hipertensivas da gestação no Espírito Santo.

Os dados obtidos foram inseridos e organizados em uma planilha eletrônica no Excel e posteriormente foi utilizando o *Software* Estatístico *Stata* 12.0. Posteriormente, o processamento das variáveis foi conduzido por meio do módulo *Excel* no *Microsoft Office*, permitindo a criação de tabelas e gráficos essenciais para a análise e interpretação dos dados. Essa avaliação abrangeu tanto variáveis quantitativas quanto qualitativas, dependentes e independentes.

A taxa de internação por SHG foi calculada levando em conta a população feminina em idade fértil (15 a 49 anos) ao longo do período de estudo. A análise temporal considerou as variações ao longo dos anos, meses e faixas etárias, destacando possíveis padrões sazonais ou tendências significativas.

Salienta-se que, para cada ano da tendência, foi calculada a taxa de incidência, dividindo-se os casos que aconteceram ao ano pelo total de mulheres internadas SHG, portanto, foi analisado a taxa de incidência = (número de internações por Síndromes hipertensivas da gestação / População feminina em idade fértil) x 10.000.

A interpretação dos resultados foi embasada nas teorias e conceitos apresentados no referencial teórico, destacando a relevância das políticas de saúde, a epidemiologia da hipertensão gestacional e outras questões relacionadas. Essa abordagem integrada proporcionou uma compreensão holística da problemática das Síndromes hipertensivas na gestação no contexto do Espírito Santo, contribuindo para a fundamentação teórica e a tomada de decisões em saúde pública.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Levando em conta que uma investigação baseada em dados de fontes secundárias, sem a identificação de participantes e cujo acesso é público, não requer submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Brasil, 466) e conforme estabelecido pela Resolução N.º 510, de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2016c).

Todavia, foi assegurado na construção de base de dados secundários os critérios estabelecidos de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) N.º 6023/2018 nas citações e referências, para preservação da autoria dos artigos estudados e analisados (Brasil, 2018). Também para a escrita dessa pesquisa foi considerado o que preconiza as normas técnicas para trabalhos acadêmicos, N.º 1.4724/2022 (Brasil, 2022).

5 RESULTADOS

O estudo busca esclarecer padrões, identificar tendências de crescimento e analisar as variações temporais associadas às SHG. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas relacionadas ao número de internações por SHG segundo faixa etária no período de 2012 a 2023 no Espírito Santo. Na faixa etária de 15 a 19 anos, foram registrados 2.753 casos, representando 11,2% do total. Para a faixa de 20 a 29 anos, houve 10.962 casos, correspondendo a 44,7%. Entre 30 e 39 anos, foram observados 9.328 casos, o que equivale a 38,1%. Já na faixa etária de 40 a 49 anos, foram registrados 1.478 casos, representando 6% do total.

Tabela 1. Características Sociodemográficas dos Casos de Internações por Síndromes Hipertensivas da Gestação, segundo Faixa Etária. Espírito Santo, Brasil, (2012-2023)

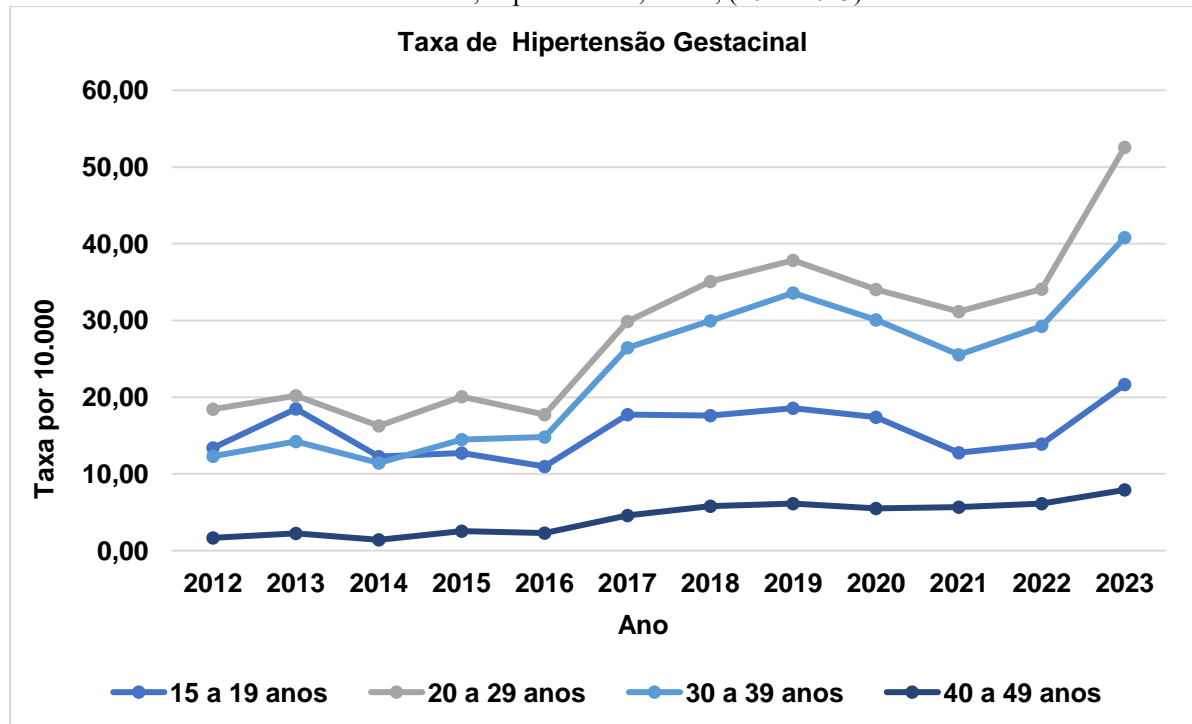
| Faixa Etária | N | % |
|--------------|--------|------|
| 15 a 19 anos | 2.753 | 11.2 |
| 20 a 29 anos | 10.962 | 44.7 |
| 30 a 39 anos | 9.328 | 38.1 |
| 40 a 49 anos | 1.478 | 6 |

Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados do DATASUS/TABNET, 2024.

A Figura 2 apresenta as taxas de internações por SHG no Espírito Santo, distribuídas por faixa etária, no período de 2012 a 2023. Entre as adolescentes de 15 a 19 anos, a taxa manteve-se relativamente estável, com um leve acréscimo nos anos mais recentes. O grupo de 20 a 29 anos apresentou uma tendência de aumento gradual ao longo do período, com picos destacados em 2017 e 2023. Para mulheres de 30 a 39 anos, o crescimento foi consistente, tornando-se mais evidente a partir de 2016, com um ápice em 2023. O grupo de 40 a 49 anos, embora as taxas iniciais fossem reduzidas, observou-se um crescimento contínuo ao longo dos anos, culminando em um aumento significativo, com um pico elevado em 2023.

Em termos de tendência geral, observa-se um aumento na taxa de internação hospitalar ao longo dos anos, especialmente nas faixas etárias de 20 a 49 anos, o que evidencia uma preocupação crescente em relação às SHG. A continuidade dessa tendência é mais acentuada nas faixas etárias de 20 a 39 anos, onde se espera que a taxa de internação hospitalar mantenha sua trajetória de crescimento.

Figura 2 – Análise da Tendência das Taxas de Internação por Síndromes Hipertensivas da Gestação, segundo Faixa Etária, Espírito Santo, Brasil, (2012-2023)



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados do DATASUS/TABNET, 2024.

A análise da taxa de internações das SHG segundo faixa etária no período de 2012 a 2023, apresenta uma taxa de 15,6 por 10.000 para a faixa etária de 15 a 19 anos, com um coeficiente β de 0,36 (IC 95%: -0,27 a 1,00) e um valor p de 0,238, indicando uma tendência estacionária. Para a faixa etária de 20 a 29 anos, a taxa é de 28,8 por 10.000, com um coeficiente β de 2,66 (IC 95%: 1,35 a 3,98) e um valor p de 0,001, indicando uma tendência crescente. Na faixa etária de 30 a 39 anos, a taxa é de 23,8 por 10.000, com um coeficiente β de 2,44 (IC 95%: 1,2 a 3,5) e um valor p de 0,001, também indicando uma tendência crescente. Para a faixa etária de 40 a 49 anos, a taxa é de 4,4 por 10.000, com um coeficiente β de 0,56 (IC 95%: 0,37 a 0,75) e um valor p de <0,001, indicando uma tendência crescente. Tabela 2.

Tabela 2 – Estimativas da Regressão de *Prais Winsten* e Variação Percentual Diária (VPD) das Taxas de Internações por Síndromes Hipertensivas da Gestação segundo Faixa Etária, Espírito Santo, Brasil, (2012-2023)

| Perdido Total | Taxa por 10.000 | β (IC 95%) | p | Tendência |
|---------------|-----------------|--------------------|--------|--------------|
| 15 a 19 anos | 15,6 | 0,36 (-0,27; 1,00) | 0,238 | Estacionária |
| 20 a 29 anos | 28,8 | 2,66 (1,35; 3,98) | 0,001 | Crescente |
| 30 a 39 anos | 23,8 | 2,44 (1,2; 3,5) | 0,001 | Crescente |
| 40 a 49 anos | 4,4 | 0,56 (0,37; 0,75) | <0,001 | Crescente |

Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados do DATASUS/TABNET, 2024.

* β – coeficiente de regressão; P – p-value; DPC – daily percent change; IC95% - intervalo de confiança 95%.

*Diferença estatística detectada pelo teste de regressão de Prais-Winsten, $p < 0,05$.

A Tabela 3 apresenta os dados sobre as internações por SHG, distribuídos por raça/cor no período de 2012 a 2023. Foram registrados 4.106 casos entre mulheres brancas, representando 16,7% do total. Entre as mulheres pretas, contabilizaram 1.836 casos, equivalendo a 7,5%. As mulheres pardas apresentaram o maior número, com 14.657 casos, correspondendo a 59,8% do total. Na categoria amarela, foram registrados 127 casos, o que representa 0,5%. Para as mulheres indígenas, foram identificados 14 casos, equivalentes a 0,1%. Além disso, 3.781 casos não apresentaram informações sobre raça/cor, o que corresponde a 15,4% do total.

Tabela 3. Internações por Síndromes Hipertensivas da Gestação segundo Raça/Cor. Espírito Santo, Brasil, (2012-2023)

| Raça/ Cor | N | % |
|----------------|--------|------|
| Branca | 4.106 | 16.7 |
| Preta | 1.836 | 7.5 |
| Parda | 14.657 | 59.8 |
| Amarela | 127 | 0.5 |
| Indígena | 14 | 0.1 |
| Sem Informação | 3.781 | 15.4 |

Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados do DATASUS/TABNET, 2024.

A análise da taxa de internações de SHG, segundo regiões do IBGE no período de 2012 a 2023, revelou diferentes tendências. O coeficiente β (Beta) e o p-valor são essenciais para interpretar esses resultados. O coeficiente β (Beta) representa a magnitude e a direção da relação entre a variável independente (tempo) e, e uma variável dependente (taxa de internações). Um β positivo indica um aumento da variável dependente com o tempo, enquanto um β negativo indica uma redução. A magnitude de β expressa a variação esperada na variável dependente para cada unidade de mudança na variável independente.

Os resultados mostram tendências crescentes para Barra de São Francisco apresentou um coeficiente β de 1.53 (IC 95%: 0.42 a 2.69) e um valor p de 0.013, indicando uma tendência crescente, seguida de Nova Venécia também crescente e com um coeficiente β de 1.00 (IC 95%: 0.09 a 1.91) e valor p de 0.035. São Mateus, Linhares, Afonso Cláudio e Vitória apresentaram tendências crescentes com coeficientes β de 1.53 (IC 95%: 0.64 a 2.43), 1.41 (IC 95%: 0.56 a 2.26), 1.64 (IC 95%: 0.85 a 2.43) e 1.92 (IC 95%: 0.76 a 3.09), respectivamente, e valores p indicando significância estatística. Guarapari teve a maior tendência crescente com um coeficiente β de 2.56 (IC 95%: 1.70; 3.43).

Algumas regiões apresentaram tendências estacionárias, tais como Colatina com um coeficiente β de 0.20 (IC 95%: -1.13 a 1.54) e um valor p de 0.730, Santa Teresa 1.32 (IC 95%: -0.39; 3.04) 0.114, Alegre 0.66 (IC 95%: -1.20; 2.54) 0.435, Cachoeiro de Itapemirim 0.29 (IC

95%: -3.13; 3.74) 0.846, Itapemirim 1.57 (IC 95%: -0.99; 4.15) 0.195 Estacionária. Por outro lado, Montanha teve uma tendência decrescente significativa com um coeficiente β de -6.57 (IC 95%: -10.12 a -3.02) e um valor p de 0.003. Tabela 4.

Tabela 4. Taxa da Incidência das Síndromes Hipertensivas da Gestação segundo Região, Espírito Santo, Brasil, (2012 a 2023).

| Período Total | β (IC 95%) | p | Tendência |
|-------------------------|------------------------------------|----------|------------------|
| Barra de São Francisco | 1.53 (0.42; 2.69) | 0.013 | Crescente |
| Nova Venécia | 1.00 (0.09; 1.91) | 0.035 | Crescente |
| Colatina | 0.20 (-1.13; 1.54) | 0.730 | Estacionária |
| Montanha | -6.57 (-10.12; -3.02) | 0.003 | Decrescente |
| São Mateus | 1.53 (0.64; 2.43) | 0.004 | Crescente |
| Linhares | 1.41 (0.56; 2.26) | 0.005 | Crescente |
| Afonso Cláudio | 1.64 (0.85; 2.43) | 0.001 | Crescente |
| Santa Teresa | 1.32 (-0.39; 3.04) | 0.114 | Estacionária |
| Vitória | 1.92 (0.76; 3.09) | 0.005 | Crescente |
| Guarapari | 2.56 (1.70; 3.43) | <0.001 | Crescente |
| Alegre | 0.66 (-1.20; 2.54) | 0.435 | Estacionária |
| Cachoeiro de Itapemirim | 0.29 (-3.13; 3.74) | 0.846 | Estacionária |
| Itapemirim | 1.57 (-0.99; 4.15) | 0.195 | Estacionária |

Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados do DATASUS/TABNET, 2024.

A Tabela 5 mostra a distribuição de casos e percentuais de internações por SHG, detalhados por microrregiões do IBGE, no período de 2012 a 2023, contemplando as microrregiões do IBGE no Espírito Santo. Os dados demonstram as respectivas taxas de incidência. Barra de São Francisco registrou 601 casos, correspondendo a 2,45%. Nova Venécia apresentou 868 casos, representando 3,54%. Colatina teve 1.771 casos, o que equivale a 7,22%. Montanha contabilizou 770 casos, correspondendo a 3,14%. São Mateus registrou 1342 casos, representando 5,47%. Linhares apresentou 2.063 casos, correspondendo a 8,41%. Afonso Cláudio teve 781 casos, representando 3,19%. Santa Teresa registrou 661 casos, o que equivale a 2,70%. Vitória apresentou 9895 casos, correspondendo a 40,35%. Guarapari teve 1.348 casos, representando 5,50%. Alegre registrou 1.007 casos, correspondendo a 4,11%. Cachoeiro de Itapemirim apresentou 2.776 casos, equivalendo a 11,32%. Itapemirim teve 638 casos, correspondendo a 2,60%.

Tabela 5. Distribuição dos Casos de Síndrome Hipertensiva da Gestação – Microrregiões IBGE; Espírito Santo, Brasil (2012-2023)

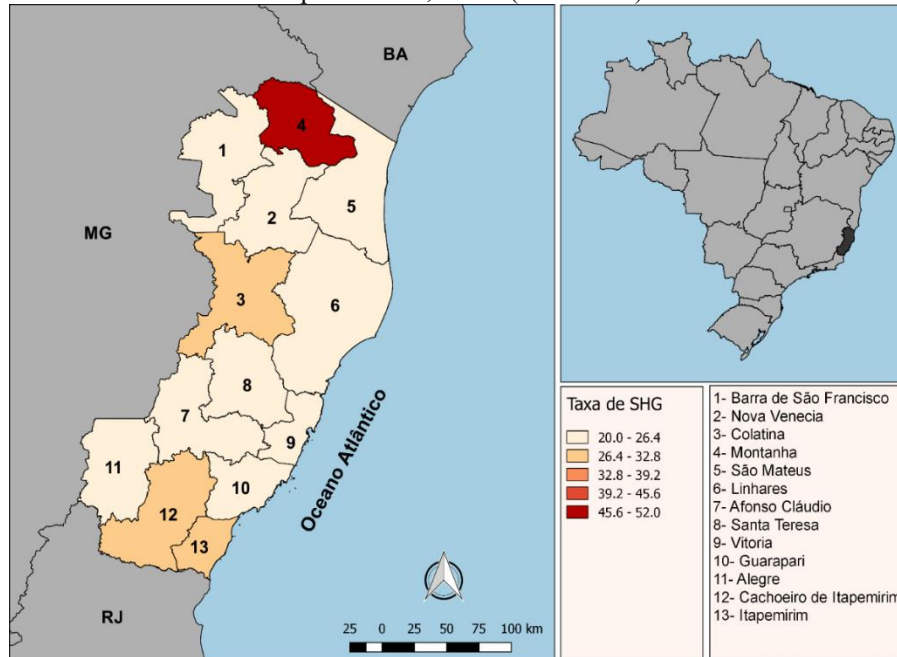
| | N | % |
|-------------------------|-------|-------|
| Barra de São Francisco | 601 | 2.45 |
| Nova Venécia | 868 | 3.54 |
| Colatina | 1.771 | 7.22 |
| Montanha | 770 | 3.14 |
| São Mateus | 1.342 | 5.47 |
| Linhares | 2.063 | 8.41 |
| Afonso Cláudio | 781 | 3.19 |
| Santa Teresa | 661 | 2.70 |
| Vitória | 9.895 | 40.35 |
| Guarapari | 1.348 | 5.50 |
| Alegre | 1.007 | 4.11 |
| Cachoeiro de Itapemirim | 2.776 | 11.32 |
| Itapemirim | 638 | 2.60 |

Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados do IBGE, 2024.

A Figura 3 apresenta a distribuição das taxas de internações por SHG segundo microrregiões do IBGE no Espírito Santo, durante o período de 2012 a 2023. As taxas foram classificadas em cinco faixas, variando de 20,0 a 52,0 por 10.000 habitantes. A microrregião de Montanha (4), no extremo superior, apresenta as maiores taxas de internações por SHG, situando-se entre 45,6 e 52,0, evidenciando sua relevância no contexto estadual.

Regiões como Colatina (3), Cachoeiro de Itapemirim (12), Itapemirim (13) e com taxas de 32,8 a 45,6, situam-se em um patamar intermediário-alto. Observa-se que as microrregiões com as menores taxas, variando entre 20,0 e 26,4, incluem, Barra de São Francisco (1), Nova Venécia (2), São Mateus (5), Linhares (6), Afonso Cláudio (7), Santa Teresa (8), Vitória (9) e Guarapari (10) está situada no intervalo de 20,0 a 26,4, apresentando intervalos baixos.

Figura 3. Taxa da Incidência de Síndromes Hipertensivas Gestacional segundo Microrregião do IBGE no Espírito Santo, Brasil (2012-2023)



Fonte: :Elaborado pela autora, a partir dos dados do DATASUS/TABNET, 2024.

6 DISCUSSÃO

As SHG são complicações comuns durante a gravidez, afetando cerca de 10% das gestantes, com destaque para a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia como condições mais relevantes (Brito; Arouca; Brandão, 2024). A Tabela 1 apresenta uma concentração expressiva de casos de internações em idades reprodutivas entre 20 a 29 anos, reforçando maior vulnerabilidade dessas mulheres para o desenvolvimento de síndromes hipertensivas, seguida pela faixa etária 30 a 39 anos, o que é corroborado por Jacob et al. (2020) em seu estudo, em que mostra percentuais de 50,0% tanto para a faixa etária de 18 a 31 anos quanto para a de 32 a 46 anos.

Embora os casos de internações por SHG em adolescentes (15 a 19 anos) representem uma proporção menor, essa faixa etária merece atenção especial. Segundo Lima et al. (2018), adolescentes enfrentam riscos adicionais devido à imaturidade biológica e limitações no acesso a cuidados pré-natais. Esse cenário pode dificultar a identificação precoce de complicações e agravar os desfechos gestacionais. Em contraste, mulheres com 40 anos ou mais apresentam menor número de gestações, o que, aliado ao maior acesso aos serviços médicos, contribui para a redução relativa dos casos nessa faixa etária.

Esses padrões são consistentes com estudos epidemiológicos que indicam uma maior prevalência de síndromes hipertensivas entre as gestantes jovens e aquelas no final do período reprodutivo. De acordo com Oliveira e Graciliano (2015), a mortalidade materna em gestantes com SHG varia entre 60% e 86%, enquanto a mortalidade fetal pode alcançar entre 56% e 75%.

Estudos como o de Nakatani (2021) ressaltam que a hipertensão gestacional e a pré-eclâmpsia são mais comuns em mulheres jovens, principalmente devido a fatores de risco como primiparidade e menor acesso a cuidados de saúde preventivos, afetando cerca de 4-5% das gestações globais. Além disso, as mulheres mais jovens, especialmente adolescentes, muitas vezes não planejam a gravidez e podem não estar preparadas para os desafios de uma gestação, o que pode exacerbar condições pré-existentes ou contribuir para o desenvolvimento de complicações hipertensivas. Por outro lado, mulheres na faixa dos 30 e 40 anos geralmente têm melhor acesso a serviços de saúde e um maior nível de conscientização sobre os riscos e cuidados necessários, o que pode influenciar a menor incidência relativa nessas faixas etárias.

Moraes et al. (2019) explicitam em seu estudo a pré-eclâmpsia como a SHG mais prevalente, com registros também de casos de eclâmpsia e síndrome HELLP. Ferreira (2023, p. 19) em seu estudo atribui a pré-eclâmpsia “[...] a principal forma de manifestação das SHG”.

A alta prevalência de SHG nas faixas etárias mais jovens sublinha a necessidade de políticas públicas direcionadas para a melhoria do acesso e qualidade do cuidado pré-natal, particularmente para adolescentes e jovens adultas. A identificação precoce e a gestão adequada dos fatores de risco são essenciais para reduzir a morbidade e mortalidade associadas a essas condições. Kerber e Melere (2017) destacam a importância crucial de um pré-natal de alta qualidade, enfatizando que a saúde materna é determinante nas complicações e riscos tanto para a mãe quanto para o feto.

Brito, Arouca e Brandão (2024) destacaram que uma das principais complicações associadas às síndromes é a forte correlação com nascimentos prematuros, baixo índice de Apgar e o nascimento de recém-nascidos com peso inferior ao esperado para a idade gestacional. Além disso, ressaltaram que a falta de acesso à informação sobre cuidados pré-natais pode predispor as mulheres a desenvolver SHG.

De acordo com Morais et al. (2013), as SHG são consideradas incuráveis, a menos que a gravidez seja interrompida. Essas síndromes representam a terceira principal causa de morte materna globalmente e a principal causa no Brasil, devido ao elevado número de complicações que impactam negativamente tanto a mãe quanto o feto.

Posto desse modo, Lima et al. (2018) enfatizam a importância crucial de entender o perfil das gestantes com SHG, permitindo que os profissionais de saúde, especialmente no pré-natal, direcionem suas ações para o diagnóstico precoce e a prevenção das principais complicações associadas à síndrome.

Os dados da Figura 2 apontam para tendências distintas nas taxas de internações por SHG ao longo de diferentes faixas etárias entre 2012 a 2023. Essas variações refletem diferenças nos riscos e prevalências associados a cada grupo etário e são corroboradas por diversos estudos, que ajudam a contextualizar os achados apresentados.

Para a faixa etária de 15 a 19 anos, as taxas permaneceram relativamente estáveis e baixas durante o período analisado. Apesar de pequenas flutuações, não houve um aumento significativo, indicando que adolescentes têm menor risco de desenvolver SHG em comparação com faixas etárias mais avançadas. Souza, Iser e Malta (2023) destacam a importância do acompanhamento pré-natal para reduzir complicações gestacionais nessa faixa. Esse comportamento estacionário sugere que, apesar dos esforços em saúde pública, as condições subjacentes que afetam este grupo, como acesso limitado a cuidados pré-natais e barreiras socioeconômicas, não sofreram mudanças significativas. Bacelar et al. (2017) complementam que adolescentes apresentam menores riscos de SHG devido à menor prevalência de comorbidades associadas à idade materna avançada.

Na faixa etária de 20 a 29 anos, observa-se um aumento gradual nas taxas de SHG, com picos destacados em 2017 e 2023, culminando em um pico em 2023, podendo ser atribuído a fatores como mudanças nos estilos de vida, aumento da obesidade e outros fatores de risco metabólicos, conforme discutido por Barbanti et al. (2015). Além disso, a idade média das primíparas tem aumentado, o que pode influenciar maior incidência de condições gestacionais adversas (Santos; Almeida Neto, 2016).

A predominância das internações nesse grupo pode estar relacionada à maior taxa de natalidade e à maior vulnerabilidade das mulheres jovens à pré-eclâmpsia, como apontado por Amorim et al. (2023). Seabra et al. (2011) destacam que essas condições estão intimamente relacionadas a um diagnóstico tardio e manejo inadequado, agravando as complicações hipertensivas em mulheres jovens. Fatores socioeconômicos, como acesso limitado a cuidados pré-natais, também podem contribuir para essa vulnerabilidade, conforme destacado por Giuriato, Couy e Duran (2023).

A faixa etária de 30 a 39 anos apresentou um aumento consistente nas taxas de internações ao longo dos anos, com flutuações notáveis a partir de 2016 e um pico em 2023. Esse crescimento reflete maior incidência de gestações de alto risco e condições médicas pré-existentes, que se tornam mais comuns nessa idade. Araújo et al. (2017) destacam que o adiamento da maternidade e o acúmulo de condições crônicas, como hipertensão e diabetes, estão associados ao aumento das complicações gestacionais. Alves et al. (2017) corroboram ao observar que mulheres acima de 35 anos apresentam maior incidência de desfechos perinatais adversos, ressaltando a importância de monitoramento e cuidados especializados.

O estudo de Silva (2023) identifica elementos de risco que aumentam a probabilidade do desenvolvimento de SHG, tais como diabetes, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade acima de 30 anos, histórico pessoal e/ou familiar de pré-eclâmpsia, hipertensão arterial crônica e etnia. O que se apreende é que a tendência ascendente nas internações nesta faixa etária pode refletir esses riscos, além de ressaltar a importância de monitoramento e cuidado pré-natal especializados para gestantes mais velhas.

Na faixa etária de 40 a 49 anos, embora as taxas tenham iniciado baixas, registrou-se um aumento contínuo ao longo do período analisado, culminando em um pico elevado em 2023. Esse crescimento é particularmente preocupante, dado que gestações em idades avançadas são menos comuns e envolvem maiores riscos obstétricos. Barbanti et al. (2015) destacam que essas mulheres enfrentam desafios adicionais, incluindo o impacto do envelhecimento e o efeito cumulativo de condições crônicas pré-existentes.

Essas tendências destacam a importância de intervenções específicas para cada faixa etária, focando na prevenção e manejo de fatores de risco. A análise detalhada dos dados sugere a necessidade de estratégias de saúde pública que abordem as disparidades no acesso aos cuidados pré-natais e promovam estilos de vida saudáveis, particularmente entre as mulheres mais jovens e aquelas em idade avançada. Compreender essas tendências e os fatores subjacentes é essencial para desenvolver políticas eficazes que possam reduzir a incidência de SHG e melhorar os desfechos maternos e neonatais (Santos; Almeida Neto, 2016).

Fica entendido com Guidão et al. (2020) que, a SHG consiste em uma condição que exige contínua atualização e estudo por parte dos profissionais de enfermagem obstétrica, sendo essencial que esses profissionais utilizem seus conhecimentos técnico-científicos para identificar precocemente a síndrome e intervir com estratégias que minimizem complicações futuras. Planejar a assistência do pré-natal com o objetivo de diminuir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal é o entendimento de Brito et al. (2015).

Portanto, a abordagem ideal consiste em fornecer orientações e promover diálogos entre os profissionais de saúde e a gestante, permitindo a análise de comportamentos e necessidades reais. Isso favorece um cuidado humanizado e uma assistência sólida durante o pré-natal. É relevante um pré-natal de alta qualidade, pois a saúde da mulher desempenha um papel crucial na mediação das complicações e dos riscos tanto para a mãe quanto para o feto, incluindo as SHG (Kerber; Melere, 2017). Apesar das limitações do sistema público de saúde no Brasil, é essencial que se empenhem na humanização do atendimento às gestantes que enfrentam complicações decorrentes da SHG.

A análise dessas tendências ressalta a complexidade da gestão das SHG e a necessidade de abordagens diferenciadas de acordo com a faixa etária. O aumento das internações sugere uma necessidade urgente de reforçar os programas de cuidado pré-natal, com ênfase na detecção precoce e gestão da pré-eclâmpsia. Além disso, ressalta a importância de políticas públicas que enderecem fatores de risco específicos para diferentes grupos etários, incluindo programas educacionais focados na saúde reprodutiva e no planejamento familiar.

Importante ressaltar o aumento contínuo da taxa de internação hospitalar relacionada às SHG ao longo dos anos, especialmente concentrado nas faixas etárias de 20 a 49 anos, reflete a persistência de desafios na promoção de cuidados adequados à saúde materna. Estudos como o de Nascimento (2022) aponta que a prevalência dessas condições está intimamente relacionada a fatores socioeconômicos, barreiras no acesso aos serviços de saúde e dificuldades na adesão às medidas preventivas durante a gestação. Além disso, a literatura sugere que mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos, por estarem em maior fase reprodutiva, são mais

vulneráveis a complicações gestacionais, o que explica o aumento nas taxas de internação observado nessa população (Alves et al. 2017). Segundo Jacob et al. (2022), essa vulnerabilidade pode ser agravada por questões como a falta de acompanhamento adequado, que resultam em diagnósticos tardios e manejo inadequado das condições hipertensivas.

Dessa forma, o aumento nas internações reflete, de certa maneira, as limitações existentes na oferta de assistência pré-natal de qualidade, conforme discutido por Cá et al. (2022), que enfatizam a necessidade de políticas de saúde pública focadas em melhorar a cobertura e a qualidade do pré-natal.

A relação entre faixa etária e internações hospitalares devido às SHG também pode ser interpretada à luz de estudos que analisam a evolução de tendências temporais em saúde reprodutiva. Silva (2023) identificam que a faixa etária de 20 a 39 anos é uma das mais impactadas por mudanças socioeconômicas, condições de trabalho e pressões psicossociais, fatores que podem influenciar tanto o desenvolvimento quanto a gravidade das síndromes hipertensivas durante a gravidez. Essa evidência sugere que, em contextos de maior vulnerabilidade social, as taxas de internação tendem a aumentar, acompanhando a progressão das SHG.

Dessa forma, ao analisar a tendência crescente observada, destaca-se a importância de considerar uma abordagem integrada para a saúde materna, que contemple desde a ampliação do acesso aos serviços de saúde até a implementação de programas preventivos e educativos. Isso reforça a necessidade de iniciativas que priorizem o cuidado preventivo e a assistência especializada para mulheres em idade fértil, visando minimizar os riscos associados às SHG e suas consequências para a saúde pública.

Os dados da Tabela 2, apresentam estimativas distintas entre as diferentes faixas etárias. A taxa de internação para a faixa etária de 15 a 19 anos é de 15,6 por 10.000, com um coeficiente ($\beta = 0,36$ e um valor p de 0,238), indicando uma tendência estacionária, sugerindo uma estabilidade nas taxas de internações ao longo do período analisado. O coeficiente β de 0,36, com um intervalo de confiança que abrange valores negativos (-0,27 a 1,00) e um valor p de 0,238, sugere que não houve mudanças significativas na taxa de internações ao longo do tempo. Esse comportamento estacionário pode refletir uma estabilidade nos fatores de risco ou nas condições de saúde materna dessa faixa etária, possivelmente associados ao perfil de gestantes adolescentes e às políticas de atenção à saúde destinadas a este público.

Segundo o Ministério da Saúde, os casos de gravidez na adolescência diminuíram, em média, 18% desde 2019 (Brasil, 2022). Mas, a estabilidade pode ser atribuída a uma combinação de fatores, como a constante prevalência de gestações na adolescência e a

manutenção das condições socioeconômicas e do acesso a cuidados pré-natais para esse grupo, incluindo intervenções educacionais e serviços de saúde adequados (Silva et al., 2019).

Adolescentes grávidas têm maior probabilidade de enfrentar síndromes hipertensivas, partos prematuros, anemia, pré-eclâmpsia, desproporção feto-pélvica, restrição do crescimento fetal, e problemas decorrentes de abortos provocados. Dados do Ministério da Saúde indicam que, em jovens de 15 a 19 anos, a probabilidade de morte relacionada à gravidez ou parto é duas vezes maior do que em mulheres com 20 anos ou mais. Para adolescentes menores de 15 anos, esse risco é cinco vezes maior (Brasil, 2022).

Estudos como os de Batista e Andrade (2021) sugerem que adolescentes grávidas enfrentam riscos elevados devido a fatores biológicos e sociais, mas a ausência de uma tendência crescente ou decrescente indica que não houve mudanças significativas nas condições que influenciam essas taxas. Conforme Azevedo et al. (2015), embora haja aumento na cobertura de atenção para essa população, ainda existem deficiências nos programas de educação em saúde e prevenção que incentivem o uso de preservativos e contraceptivos. Além disso, faltam políticas públicas específicas para jovens gestantes.

Para a faixa etária de 20 a 29 anos, as taxas de internações são significativamente maiores, 28,8 por 10.000, com um coeficiente ($\beta = 2,66$ e um valor p de 0,001), apontando para uma tendência crescente. Essa faixa etária, sendo a de maior fecundidade, pode estar experimentando um aumento nas taxas de internações por SHG devido a vários fatores, incluindo mudanças nos hábitos de vida, aumento da idade média das primíparas e maior prevalência de condições crônicas que contribuem para a hipertensão gestacional. Estudos como o de Moraes et al. (2019) indicam que fatores como obesidade e diabetes, que estão aumentando em populações jovens, podem estar contribuindo para essa tendência.

Estudos, como o de Bueno et al. (2023), sugerem que, embora mulheres de 20 a 29 anos estejam em um período considerado biologicamente ideal para a gestação, vários fatores socioeconômicos e comportamentais podem aumentar o risco de complicações hipertensivas. A maior prevalência de obesidade e sedentarismo nessa faixa etária, conforme observado por Montenegro e Rezende Filho (2014), consiste em um dos fatores que contribuem para o aumento da hipertensão gestacional. A obesidade, em particular, está fortemente associada ao desenvolvimento de pré-eclâmpsia e outras complicações hipertensivas durante a gravidez.

Além disso, a análise de Silva (2023) aponta que o estresse pode desempenhar um papel significativo no aumento de internações por SHG. Mulheres nessa faixa etária frequentemente equilibram múltiplas responsabilidades, o que pode contribuir para níveis elevados de estresse e, conseqüentemente, aumentar o risco de complicações hipertensivas.

A literatura também destaca a importância do acesso a cuidados pré-natais de qualidade. Embora mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos geralmente tenham melhor acesso a serviços de saúde em comparação com adolescentes, estudos como o de Santos et al. (2022) mostram que a qualidade dos cuidados e a adesão às recomendações médicas variam significativamente. Diferenças no acesso a cuidados de saúde entre regiões urbanas e rurais, bem como disparidades econômicas, podem afetar negativamente os resultados da gestação e contribuir para a tendência crescente de síndromes hipertensivas.

A pesquisa de Olegário (2019) sugere que a conscientização e educação sobre os riscos associados à hipertensão na gravidez ainda são insuficientes entre mulheres jovens. Programas de educação em saúde que enfatizam a importância do controle do peso, alimentação saudável e monitoramento regular da pressão arterial são essenciais para reduzir a incidência de complicações hipertensivas nessa população.

A faixa etária de 30 a 39 anos apresenta uma taxa de incidência de 23,8 por 10.000, com um coeficiente ($\beta= 2,44$ e um valor p de 0,001), também indicando uma tendência crescente, na qual pode ser explicada por vários fatores relacionados à saúde e ao comportamento reprodutivo das mulheres nessa faixa etária. A gravidez em idades mais avançadas é frequentemente associada a maiores riscos obstétricos, incluindo síndromes hipertensivas, como destacado por estudos de Aldrighi et al. (2016). O aumento da idade materna média e a maior prevalência de comorbidades nesta faixa etária são fatores que contribuem para a elevação das taxas de incidência. Para o Ministério da Saúde, gestantes com idade igual ou superior a 35 anos são consideradas tardias ou em idade avançada, sendo mais suscetíveis a desenvolver complicações durante a gravidez, o que torna a gestação de alto risco (Brasil, 2012).

Estudos, como os de Aldrighi, Wall e Souza (2018), sugerem que mulheres que engravidam após os 30 anos podem enfrentar riscos aumentados devido a mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento, que podem contribuir para o desenvolvimento de complicações hipertensivas durante a gestação.

Além disso, a pesquisa de Bittelbrunn, Petri e Martins (2023) destaca que, à medida que as mulheres adiam a maternidade, muitas vezes para se concentrar em suas carreiras e educação, elas podem acumular fatores de risco adicionais, como hipertensão crônica e diabetes, que são conhecidos por aumentar a probabilidade de SHG. Esses fatores de risco preexistentes tornam essa população mais suscetível a complicações durante a gravidez, incluindo a hipertensão gestacional e a pré-eclâmpsia.

A tendência crescente também pode ser influenciada pelo aumento da obesidade nas mulheres de 30 a 39 anos, conforme discutido por Estanislau (2023). A obesidade é um fator de risco significativo para hipertensão e outras complicações gestacionais. Programas de saúde pública têm se esforçado para abordar esses fatores de risco por meio de campanhas de conscientização e intervenções para promover um estilo de vida saudável antes e durante a gravidez, mas a eficácia dessas medidas ainda está sendo avaliada.

Além disso, o estudo quantitativo e transversal de Marques et al. (2021) aponta que o acesso a cuidados pré-natais adequados e a educação sobre saúde reprodutiva são essenciais para mitigar esses riscos. No entanto, apesar dos esforços, ainda há barreiras significativas no acesso aos cuidados de saúde de alta qualidade para mulheres em algumas regiões, o que pode contribuir para a tendência crescente observada. A disponibilidade de tecnologia reprodutiva avançada também tem permitido que mulheres nessa faixa etária engravidem, o que, embora beneficie aquelas que desejam adiar a maternidade, também pode aumentar a incidência de complicações gestacionais devido à idade materna avançada (Braz et al., 2023).

Na faixa etária de 40 a 49 anos, a taxa é de 4,4 por 10.000, com um coeficiente ($\beta = 0,56$ e um valor p de $<0,001$), revelando uma tendência crescente. Embora a taxa absoluta seja mais baixa, a tendência crescente é preocupante, considerando que gestações nesta faixa etária são menos comuns e geralmente associadas a maior risco de complicações. Estudos como os de Alves et al. (2017) evidenciam que mulheres mais velhas enfrentam maior risco de complicações hipertensivas durante a gravidez, refletindo tanto a biologia do envelhecimento quanto o impacto acumulativo de condições crônicas.

Estudos, como o de Rocha, Silva e Morais (2018) mostram que mulheres que engravidam após os 40 anos enfrentam um risco significativamente maior de complicações hipertensivas devido às mudanças fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento. Essas mudanças podem incluir a rigidez arterial aumentada e uma capacidade reduzida de adaptação cardiovascular durante a gestação, o que pode levar ao desenvolvimento de hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia.

Além disso, a pesquisa de Oliveira (2014) sugere que a idade avançada está frequentemente associada a uma maior prevalência de comorbidades crônicas, como hipertensão e diabetes, que são fatores de risco importantes para as SHG. A presença dessas condições pré-existentes pode exacerbar os desafios enfrentados durante a gestação, contribuindo para a tendência crescente observada nessa faixa etária.

Outro fator a considerar é a influência da reprodução assistida, que é mais comumente utilizada por mulheres que decidem engravidar após os 40 anos. Conforme destacado por Braz

et al. (2023) a gravidez por meio de tecnologias reprodutivas, como fertilização in vitro, pode estar associada a um risco aumentado de complicações gestacionais, incluindo síndromes hipertensivas. Embora essas tecnologias permitam que mais mulheres engravidem em idade avançada, elas também introduzem novos desafios médicos que precisam ser gerenciados cuidadosamente.

A revisão de Aldrighi, Wall e Souza (2018) enfatizam a importância de cuidados pré-natais intensivos e personalizados para mulheres grávidas nesta faixa etária. O acesso a cuidados de saúde de alta qualidade, incluindo monitoramento rigoroso da pressão arterial e gestão de comorbidades, é crucial para reduzir o risco de complicações. No entanto, a eficácia desses cuidados pode variar dependendo do acesso a recursos de saúde e da adesão aos protocolos médicos.

Esses dados destacam a necessidade de uma abordagem multifacetada para gerenciar a saúde reprodutiva de mulheres em idade tardia. Estratégias integradas que incluem educação em saúde, acesso a cuidados médicos especializados e intervenções personalizadas são essenciais para mitigar os riscos associados às síndromes hipertensivas nesta população específica.

Os resultados sublinham a importância de estratégias de saúde pública que abordem as necessidades específicas de cada faixa etária, com foco em prevenção e gestão das condições que contribuem para a hipertensão gestacional. Enquanto a estabilidade na faixa de 15 a 19 anos pode sugerir a efetividade de intervenções já existentes, os aumentos nas demais faixas etárias, especialmente de 20 a 39 anos, exigem atenção redobrada às condições de saúde materna e ao manejo de fatores de risco. Ademais, o aumento observado na faixa de 40 a 49 anos reforça a necessidade de maior acompanhamento pré-natal em mulheres de idade mais avançada, considerando os riscos potenciais à saúde materna e fetal. Essa análise evidencia a relevância de abordagens direcionadas e integradas para melhorar a saúde materna em todas as faixas etárias.

A distribuição dos casos de internações por SHG, raça/cor, a Tabela 3 apresenta importantes aspectos demográficos e sociais. Estudos tais como os de Lima, Pimentel e Lyra (2021) têm abordado a desigualdade racial na saúde, particularmente em obstetrícia, evidenciando que determinantes sociais e étnico-raciais influenciam significativamente os desfechos gestacionais.

O grupo com a maior taxa de internações por SHG é o das mulheres pardas, com 14.657 casos, representando 59,8% do total, em comparação com outras categorias raciais. Esse dado é significativo e pode ser refletido em estudos que associam condições socioeconômicas e

acesso desigual aos serviços de saúde a maiores prevalências de condições gestacionais adversas. O que está em conformidade com o estudo de Queiroz (2014) com 50,4% das gestantes que se auto declararam parda. Também pode ser interpretado como um reflexo da demografia da população brasileira, onde a categoria Parda representa uma parcela significativa. No entanto, também sugere a existência de disparidades socioeconômicas e barreiras no acesso aos serviços de saúde, o que exige uma investigação mais aprofundada para entender as causas subjacentes e desenvolver estratégias eficazes para reduzir tais desigualdades. De acordo com Amorim et al. (2023), observa-se uma tendência de maior incidência de pré-eclâmpsia em comunidades menos representadas e entre mulheres grávidas que enfrentam barreiras no acesso a cuidados pré-natais eficazes.

Autores como Pacheco et al. (2018) ressaltam que a cor/raça não age como um marcador genético ou biológico, mas sim como um construto social, exercendo influência sobre as condições de saúde como um determinante social. Embora seja reconhecido que a cor/raça não seja intrinsecamente um elemento de risco, é essencial ponderar sobre a desvantajosa inserção social da população parda, negra, o que representa um agravante em relação à sua vulnerabilidade diante das condições de saúde.

As mulheres brancas representam o segundo maior grupo com 4.106 casos, ou 16,7%. Esse número, embora considerável, é substancialmente menor que o das mulheres pardas, o que pode indicar diferenças no acesso a cuidados de saúde preventiva e na qualidade do acompanhamento pré-natal. Estudos como os de Araújo et al. (2017) sugerem que desigualdades raciais e socioeconômicas afetam a saúde materna, refletindo-se em diferentes prevalências de complicações como as síndromes hipertensivas.

Os dados das mulheres pretas, com 1.836 casos (7,5%), também apontam para uma realidade preocupante, uma vez que este grupo historicamente enfrenta barreiras adicionais no acesso a serviços de saúde de qualidade, embora o discutido de Pacheco et al. (2018) não tenha encontrado tal associação. Entretanto, as barreiras incluem discriminação, menor acesso a cuidados pré-natais adequados e condições socioeconômicas desfavoráveis, que podem aumentar os riscos durante a gestação.

Oliveira et al. (2016) ressaltam a justificção para conduzir pesquisas com indivíduos autodeclarados da cor preta, especialmente no contexto da pré-eclâmpsia, baseando-se na observação da prevalência desta cor. Essa seleção é fundamentada não apenas em razões biológicas, mas também em fatores socioculturais associados à incidência de doenças. Além disso, a consideração da possibilidade de uma característica hereditária nos indivíduos dessa cor, que afeta a captação celular de sódio e cálcio, contribui para a compreensão desse

fenômeno. Essa peculiaridade genética pode, por conseguinte, influenciar o desenvolvimento da hipertensão arterial, conferindo importância à investigação desses aspectos no âmbito das pesquisas sobre pré-eclâmpsia.

Tende-se a observar que mulheres classificadas nas categorias de cor ou raça preta e parda apresentam, em geral, níveis de pressão arterial mais altos em comparação com mulheres classificadas como brancas, juntamente com uma maior severidade nas condições associadas. Uma pesquisa conduzida pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS, 2022) indicou que as mulheres pretas e pardas estão entre as mais impactadas por condições graves como pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

O grupo das mulheres amarelas apresenta 127 casos, representando 0,6% do total. Esse número relativamente baixo pode ser parcialmente explicado pela menor representatividade dessa população no total de gestantes. Da mesma forma, o número de casos entre mulheres indígenas é ainda menor, com apenas 14 casos, correspondendo a 0,06%. Essa baixa de internações pode também ser influenciada pela subnotificação e dificuldades de acesso aos serviços de saúde nas comunidades indígenas, também pode refletir tanto uma demografia menor desses grupos no estado quanto barreiras específicas no acesso aos serviços de saúde. Além disso, a redução nos casos sem informação ao longo dos anos pode indicar melhorias na coleta de dados, como apontado por Queiroz (2014).

Além disso, há um número significativo de casos de internação por SHG “sem informação” sobre raça/cor, totalizando 3.781 (15,4%). A ausência dessa informação pode limitar a precisão das análises e impede uma compreensão mais completa das disparidades raciais na saúde materna. A falta de dados completos é uma preocupação destacada por estudiosos como Geraldo et al. (2022), que enfatizam a necessidade de dados demográficos detalhados para formular políticas de saúde pública eficazes, além de ser o preenchimento do quesito raça/cor na identificação de pacientes um desafio.

Por seu turno, a falta de informação precisa pode mascarar as verdadeiras dimensões das SHG e impactar negativamente as estratégias de saúde pública destinadas a combatê-las (WHO, 2011). Nazário et al. (2021) indicam que diferenças culturais e barreiras linguísticas podem afetar o acesso aos cuidados de saúde, levando a diagnósticos tardios ou subnotificação.

Importante ressaltar que o método de notificação também abrange a adequada documentação dos dados. Quando há falhas ou ausências de informações no registro, isso leva a uma subnotificação de casos, afetando negativamente as iniciativas de prevenção e manejo de doenças e problemas de saúde (Conselho Regional de Medicina do Paraná, 2011). Conforme Nazário et al. (2021) a subnotificação de doenças que devem ser obrigatoriamente reportadas

constitui uma falha que compromete a eficiência do sistema de saúde brasileiro, resultando em danos significativos, visto que as doenças não reportadas representam um risco à saúde pública. O entendimento dessas enfermidades e seus efeitos é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de controle.

Em linhas gerais, a distribuição dos casos de SHG por raça/cor não só reflete as diferenças na prevalência dessas condições entre diferentes grupos, mas também sublinha as desigualdades no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde. Compreender essas disparidades é essencial para o desenvolvimento de intervenções direcionadas que possam reduzir a incidência dessas síndromes e melhorar a saúde materna de forma equitativa. É imperativo que futuras políticas de saúde considerem essas variáveis sociais e raciais para abordar de maneira mais eficaz as necessidades das gestantes, melhorando os desfechos maternos e neonatais e reduzindo as disparidades de saúde.

Um p-valor menor que 0.05 ($p < 0.05$) geralmente indica que os resultados são estatisticamente significativos, ou seja, há evidências suficientes para rejeitar a hipótese nula. Um p-valor maior que 0.05 sugere que não há evidências suficientes para rejeitar a hipótese nula, indicando que os resultados podem ter ocorrido por acaso.

A análise da taxa de internações por SHG, regional, a Tabela 4 revela variações significativas nas tendências. Observa-se que o coeficiente de regressão, representado pelo símbolo β (beta), quantifica a mudança na taxa de incidência por unidade de tempo ou outra variável independente. O intervalo de confiança de 95% (IC 95%) indica a faixa dentro da qual podemos esperar que o verdadeiro valor do coeficiente β se encontre 95% das vezes.

O valor de p (p-value) indica a significância estatística dos resultados. Ele representa a probabilidade de que os resultados observados (ou mais extremos) tenham ocorrido por acaso, caso a hipótese nula seja verdadeira. Um valor de p menor que 0.05 geralmente indica que os resultados são estatisticamente significativos e não são devidos ao acaso (Ferreira; Patino, 2015).

Barra de São Francisco, com um coeficiente β de 1.53 e um valor p de 0.013, indica uma tendência crescente, sugerindo que a incidência de síndromes hipertensivas está aumentando nesta região. Esta tendência é refletida também em Nova Venécia, onde o coeficiente β de 1.00 e um valor p de 0.035 apontam para um aumento similar. Esses aumentos podem estar associados a fatores regionais específicos, incluindo mudanças demográficas e socioeconômicas, conforme destacado por estudos como os de Araújo et al. (2017), que correlacionam o aumento da obesidade e outras condições de risco com a incidência de síndromes hipertensivas.

Por outro lado, Colatina apresenta uma taxa estacionária, com um coeficiente β de 0.20 e um valor p de 0.730, indicando que não houve mudanças significativas na incidência ao longo do período estudado. Montanha, em contraste, mostra uma tendência decrescente significativa, com um coeficiente β de -6.57 e um valor p de 0.003. Esta redução pode refletir melhorias na atenção pré-natal ou mudanças na população gestante, como sugerem os estudos de Olegário (2019), que enfatizam a importância de intervenções precoces e controle efetivo de fatores de risco para reduzir a incidência de síndromes hipertensivas.

São Mateus, Linhares, Afonso Cláudio e Vitória todas mostram tendências crescentes, com coeficientes β de 1.53, 1.41, 1.64 e 1.92, respectivamente, e valores p indicando significância estatística. Essas regiões estão vendo aumentos na incidência, possivelmente devido a fatores similares aos mencionados para Barra de São Francisco e Nova Venécia. A urbanização, o acesso desigual aos cuidados de saúde e o aumento das condições crônicas podem estar contribuindo para essas tendências crescentes. Estudos como os de Garcia et al. (2019) ressaltam que as disparidades socioeconômicas e de saúde podem levar a uma maior incidência de complicações gestacionais em áreas urbanas e em rápido desenvolvimento.

Guarapari, com o coeficiente β mais alto de 2.56 e um valor p de <0.001 , destaca-se pela tendência crescente mais acentuada. Esse aumento dramático pode ser indicativo de mudanças substanciais na demografia da população gestante ou de variações na qualidade e acesso aos cuidados pré-natais. A pesquisa de Jacob et al. (2020) sugere que regiões com rápidas mudanças populacionais ou socioeconômicas podem ver aumentos significativos na incidência de complicações gestacionais devido a transições nos sistemas de saúde e na qualidade do atendimento.

Em contraste, Santa Teresa, Alegre, Cachoeiro de Itapemirim e Itapemirim mostraram taxas estacionárias, com coeficientes β de 1.32, 0.66, 0.29 e 1.57, respectivamente, e valores p não significativos. Essas regiões não apresentam mudanças significativas na incidência de síndromes hipertensivas, sugerindo que os fatores que influenciam essas condições permaneceram relativamente constantes ao longo do tempo. A estabilidade nessas áreas pode indicar uma efetividade contínua dos serviços de saúde ou uma ausência de mudanças significativas nas condições de saúde das gestantes, como discutido em estudos de Gonzaga et al. (2018) sobre a estabilidade das condições de saúde em populações bem servidas por sistemas de saúde robustos. Enquanto tendências regionais, variam significativamente, com algumas regiões apresentando tendências crescentes (e.g., Guarapari, São Mateus), outras estacionárias (e.g., Colatina, Santa Teresa) e outras decrescentes (e.g., Montanha).

Este estudo oferece diversas contribuições significativas para o campo da saúde pública e obstetrícia. Ao elucidar a tendência temporal e as variações regionais das SHG no Espírito Santo, proporciona-se uma visão mais clara da dinâmica desta condição no estado, potencialmente guiando intervenções futuras. A análise das variações temporais anuais fornece uma base para compreender como a incidência da condição evoluiu ao longo do tempo, oferecendo orientações para pesquisas futuras e para o desenvolvimento de políticas de saúde. Além disso, ao iluminar as mudanças nas características demográficas e clínicas das mulheres afetadas, este estudo pode ajudar na identificação de grupos de alto risco e na formulação de estratégias direcionadas de prevenção e tratamento.

A investigação das disparidades regionais contribui para uma compreensão mais matizada da distribuição geográfica da SHG, o que é vital para o planejamento de recursos de saúde. Por fim, o exame dos riscos associados ao diagnóstico de SHG fornece informações valiosas para o cuidado clínico e suporte às gestantes, enquanto a reflexão sobre a interação entre a epidemiologia da doença e as políticas públicas pode inspirar melhorias nas abordagens de saúde pública. Portanto, os dados refletem não apenas as dimensões clínicas das SHG, mas também desafios mais amplos relacionados às disparidades de saúde e à qualidade dos cuidados pré-natais.

A análise detalhada das tendências regionais na incidência de internações de SHG no Estado do Espírito Santo sublinha a necessidade de intervenções direcionadas que considerem as especificidades de cada região, uma vez que, fornece uma visão mais ampla das tendências de SHG em grandes áreas geográficas, identificando padrões gerais e comparando grandes regiões entre si. Essas variações destacam a influência de fatores demográficos e socioeconômicos específicos, além da qualidade do atendimento pré-natal, sublinhando a necessidade de políticas de saúde direcionadas para cada região. Compreender as causas subjacentes dessas variações se faz necessário para desenvolver políticas eficazes e melhorar a saúde materna de maneira equitativa.

Os dados apresentados na Tabela 5 revelam uma distribuição variada dos casos de internações por SHG conforme as microrregiões do IBGE, refletindo as características socioeconômicas e demográficas dessas áreas. Vitória destaca-se com o maior número de casos, totalizando 9.895, o que representa 40,3% do total. Esse número elevado pode ser atribuído à maior densidade populacional e melhor capacidade de notificação de casos, características típicas de grandes centros urbanos, sugerindo uma associação entre a infraestrutura robusta de saúde e a identificação de casos. Contudo, esse volume não implica necessariamente em maior vulnerabilidade, mas sim em uma capacidade aprimorada de registro e monitoramento. Essa

relação ressalta a importância da vigilância epidemiológica na elaboração de estratégias direcionadas para essas áreas.

Em contraste, Cachoeiro de Itapemirim, com 2.776 casos (11,3%), e Linhares, com 2.063 casos (8,4%), também apresentam números significativos, embora substancialmente menores que Vitória. Essas microrregiões, apesar de menores, são economicamente relevantes e têm infraestrutura de saúde mais desenvolvida, facilitando a identificação e registro dos casos.

Outras microrregiões como Colatina (1.771 casos, 7,2%), Guarapari (1.348 casos, 5,5%), São Mateus (1.342 casos, 5,47%), Alegre (1.007 casos, 4,1%) também mostram números consideráveis. Esses dados podem indicar um padrão de distribuição que combina tanto a urbanização quanto a densidade populacional e a eficiência dos sistemas de saúde locais em captar e registrar os casos.

Microrregiões menores, como Barra de São Francisco (601 casos, 2,45%), Afonso Cláudio (781 casos, 3,2%) e Itapemirim (638 casos, 2,6%), apresentam números significativamente menores. Esses resultados podem ser reflexo de uma menor densidade populacional e, possivelmente, de uma infraestrutura de saúde menos robusta, que pode impactar a capacidade de notificação e registro.

A relevância dos dados de Vitória e das outras microrregiões com maior número de casos sublinha a importância de considerar tanto a densidade populacional quanto a infraestrutura de saúde ao analisar a distribuição dos casos. Estudos como os de Jacob et al. (2020) enfatizam que fatores socioeconômicos e de infraestrutura têm um papel crucial na saúde populacional. Eles sugerem que áreas com melhor infraestrutura de saúde, como grandes centros urbanos, tendem a registrar mais casos SHG devido à maior capacidade de diagnóstico e notificação. Por outro lado, microrregiões menores e menos desenvolvidas podem apresentar subnotificação, influenciando os dados totais.

Advertem Frias e Dias (2017) que as SHG podem levar a danos severos e irreparáveis para mãe e filho, portanto, toda a rede de atenção à saúde da mulher deve estar aparelhada para acolher, cuidar e tratar a mulher para que o resultado da sua gestação seja um parto e um recém-nascido nas melhores condições possíveis.

Garcia et al. (2019) observaram em seu estudo que, a maioria das puérperas eram classificadas como de alto risco, destacando a importância de implementar ações destinadas a eliminar ou diminuir os fatores de risco associados à gestação. Considera-se essas variáveis para uma compreensão mais completa das diferenças regionais na distribuição dos casos. Pois a capacidade de notificação, a densidade populacional e o desenvolvimento econômico são

fatores inter-relacionados que influenciam os dados apresentados, e uma abordagem integrada é necessária para entender plenamente essas dinâmicas.

Os dados em referência da Figura 3 evidenciam a variação das taxas quanto as internações por SHG entre as microrregiões do Espírito Santo, revelando diferenças notáveis na incidência dessas condições. Montanha, com uma taxa de 45,6 e 52,0, apresenta uma das taxas mais altas, destacando-se significativamente. Esse cenário pode estar associado a desafios específicos enfrentados pela população local, como acesso limitado aos serviços de saúde, desigualdades socioeconômicas, ou ainda, insuficiência de políticas públicas de atenção materna efetivas. A maior vulnerabilidade dessas regiões pode refletir barreiras geográficas e estruturais, especialmente em microrregiões distantes dos centros urbanos mais desenvolvidos, ausência de acompanhamento ou a busca tardia por serviços especializados, e maior prevalência de fatores de risco, como obesidade e diabetes (Jacob et al., 2020). A concentração de casos em Montanha pode também indicar a necessidade de intervenções direcionadas para melhorar a qualidade e a acessibilidade dos cuidados pré-natais, pois fatores podem influenciar essas altas taxas, conforme sugerido por estudos de Lima et al. (2018).

Microrregiões como Colatina, Cachoeiro de Itapemirim, Itapemirim, com taxas de 32.8 a 45.6, situam-se em um patamar intermediário-alto. A incidência nessas regiões pode estar ligada a uma combinação de urbanização e desafios no sistema de saúde local, como apontado por Kerber e Melere (2017) que discutem como mudanças populacionais e socioeconômicas podem impactar a saúde materna de maneira adversa.

Barra de São Francisco, Nova Venécia, São Mateus, Afonso Cláudio, Linhares, Santa Teresa, Vitória e Guarapari com taxas entre 20.0 e 32.8, situam-se nos intervalos mais baixos, sugerindo uma incidência menor se comparada a outras regiões. Essas áreas, embora não apresentem as taxas mais altas, ainda refletem desafios tais como fatores demográficos e socioeconômicos que influenciam a saúde materna. Oliveira et al. (2016) sugerem que as disparidades na saúde são frequentemente exacerbadas por diferenças no acesso aos cuidados de saúde, um fator que pode estar refletido nesses dados. Os dados também podem refletir uma infraestrutura menos robusta na qual pode levar à subnotificação, mascarando a real incidência das SHG nessas áreas, combinação de fatores como densidade populacional, diferentes níveis de acesso aos cuidados pré-natais e variações nas condições socioeconômicas conforme discutido por Soares et al. (2015).

Os resultados sublinham a necessidade de políticas de saúde pública que considerem as especificidades microrregionais, na qual oferece uma compreensão mais granular e específica das variações locais, permitindo identificar fatores específicos que contribuem para as

diferenças nas taxas de incidência de SHG. Intervenções direcionadas que abordem os determinantes sociais da saúde e melhorem o acesso aos cuidados pré-natais são cruciais para reduzir a incidência de SHG. Compreender ambas as abordagens tanto regionais quanto microrregionais se fazem necessário para desenvolver estratégias eficazes que mitiguem os riscos e melhorem os desfechos de saúde materna em todo o Espírito Santo.

No âmbito deste estudo, uma série de limitações foram encontradas, que merecem consideração. Primeiramente, a capacidade de generalizar os resultados pode ser limitada devido à especificidade regional e temporal da amostra, focada unicamente no Espírito Santo durante um período determinado. Ademais, a análise das variações regionais e temporais das Síndromes pode ter sido influenciada por fatores externos não controlados, como alterações nas políticas de saúde ou em práticas de registro de dados. A identificação das mudanças demográficas e clínicas também pode ter sido afetada pela disponibilidade e precisão dos registros médicos.

É importante salientar que a avaliação dos riscos para mães e bebês foi baseada em dados disponíveis, que podem não abranger todas as nuances da condição ou refletir todas as experiências individuais. A reflexão sobre a relação entre a epidemiologia da SHG e as políticas públicas pode ter sido condicionada pela atual literatura e dados disponíveis, que são suscetíveis a limitações próprias.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa evidenciou que as Síndromes Hipertensivas da Gestação (SHG) no Espírito Santo apresentaram tendências temporais distintas ao longo do período analisado, com crescimento mais expressivo em faixas etárias adultas. Enquanto grupos mais jovens mantiveram taxas estáveis, as mulheres entre 20 e 39 anos concentraram os maiores índices de internações, refletindo a necessidade de atenção especial a essa população nos serviços de saúde. Isso sugere uma necessidade crescente de monitoramento e intervenção preventiva nessas faixas etárias específicas.

As variações regionais revelaram diferenças importantes entre as microrregiões do Estado. Algumas localidades demonstraram crescimento contínuo, enquanto outras apresentaram estabilidade ou até mesmo redução nos índices de internações ao longo do tempo. Essas disparidades regionais sugerem a influência de fatores como acesso desigual aos serviços de saúde, diferenças socioeconômicas e variações nas condições demográficas locais, bem como reflete a necessidade de políticas de saúde pública adaptadas às necessidades específicas de cada região para melhor gerenciar e prevenir as SHG.

No que se refere às características demográficas, o estudo identificou uma predominância de internações entre mulheres pardas, seguidas pelas mulheres brancas, o que pode estar associado tanto à composição populacional do estado quanto às desigualdades no acesso à assistência pré-natal. Esse aspecto reforça a necessidade de intervenções que promovam a equidade no atendimento às gestantes, com ações direcionadas a grupos em situação de maior vulnerabilidade.

Além das variações nas taxas de internações, os riscos associados ao diagnóstico das SHG foram amplamente destacados, sendo significativos tanto para as mães quanto para os bebês. As mulheres diagnosticadas com essas síndromes enfrentam maior suscetibilidade a complicações graves, como eclâmpsia, insuficiência renal e problemas cardiovasculares, que podem levar a desfechos desfavoráveis. Por outro lado, os bebês estão expostos a baixo peso ao nascer, parto prematuro e complicações neonatais, com possíveis impactos a longo prazo em seu desenvolvimento.

Por seu turno, a pesquisa demonstra que as tendências temporais das internações por SHG variam significativamente entre as faixas etárias e regiões do Espírito Santo. As variações regionais e demográficas destacadas reforçam a necessidade de intervenções de saúde pública direcionadas para reduzir as taxas de internações e melhorar o manejo das SHG. Além disso, a

análise dos riscos associados ao diagnóstico dessas síndromes enfatiza a importância de um acompanhamento rigoroso e de políticas de prevenção eficazes para proteger a saúde das mães e dos bebês.

Esta pesquisa contribui significativamente para o conhecimento da área ao proporcionar uma análise detalhada das tendências temporais e variações regionais das SHG no Espírito Santo. Ela evidencia a importância de intervenções de saúde pública direcionadas e equitativas para reduzir a incidência e melhorar o manejo das SHG. Além disso, destaca a necessidade de políticas de prevenção eficazes e de um acompanhamento rigoroso para proteger a saúde das mães e dos bebês.

Em termos de implicações práticas, os resultados apontam para a urgência de intervenções de saúde pública que priorizem o monitoramento e prevenção das SHG. Políticas que ampliem o acesso aos cuidados pré-natais e promovam ações educativas devem ser implementadas, especialmente nas regiões e faixas etárias mais afetadas. A redução das desigualdades no atendimento e a qualificação dos serviços de saúde são fundamentais para mitigar os riscos e melhorar os desfechos maternos e neonatais.

Apesar das contribuições significativas, a pesquisa apresenta limitações decorrentes do uso de dados secundários, que podem conter inconsistências nos registros e variações na completude das informações. Futuros estudos poderão aprofundar os determinantes socioeconômicos e regionais das SHG, por meio de abordagens longitudinais e análises comparativas, a fim de fornecer subsídios mais robustos para a formulação de políticas públicas.

Diante do exposto, destaca-se a importância de um monitoramento contínuo das tendências identificadas, com intervenções direcionadas que considerem as particularidades demográficas e regionais. A compreensão das variações observadas é essencial para a implementação de estratégias efetivas e equitativas, garantindo melhores condições de saúde para mães e bebês no Espírito Santo.

REFERÊNCIAS

- ADRIANO, Tatiana; PESSOA, Alexandre. **SESP: 75 anos de luta pela saúde pública.** Fundação SESP. 09 de agosto de 2022. Disponível em: <https://pnsr.desa.ufmg.br/sesp-75-anos-de-luta-pela-saude-publica/>. Acesso em: 14 jun. 2023.
- ALDRIGHI, Juliane Dias *et al.* As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 50, n. 3, p. 512-521, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/FM3Q7h8Q55PmtBYZZDqwjwm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2024.
- ALDRIGHI, Juliane Dias; WALL, Marilene Loewen; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula. Vivência de mulheres na gestação em idade tardia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39 p. e2017-0112, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0112>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/4YpwtCtBmMzk8hYt8HwPrdw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jul. 2024.
- ALVES, Nayara Cristina de Carvalho *et al.* Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, p. e2017-0042, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0042>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/sv9h8bdt75zggKhgXwfSBmB/>. Acesso em: 14 jul. 2024.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). **Hypertension in Pregnancy.** *Obstetrics & Gynecology*, v. 122, n. 5, p. 1122-1131, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24150027/>. Acesso 25 maio 2023.
- AMORIM, Fernanda Cláudia Miranda *et al.* Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia. **Revista de Enfermagem - UFPE on line**, v. 11, n. 4, p. 1574–83, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/ciraf/Downloads/15225-38014-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.
- AMORIM, Andressa Michele Barbosa *et al.* **Delineamento de mulheres acometidas por pré-eclâmpsia no Brasil de 1996 a 2021 e suas repercussões na saúde materna.** *Ciências da Saúde, Saúde Coletiva*, v. 28, Edição 128, nov. 2023. DOI: 10.5281/zenodo.10199052. Disponível em: <https://revistaft.com.br/delineamento-de-mulheres-acometidas-por-pre-eclampsia-no-brasil-de-1996-a-2021-e-suas-repercussoes-na-saude-materna/>. Acesso em: 14 jan. 2024.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; CARDOSO, Maria Regina Alves. **Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos.** *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 565-576, jul./ set. 2015. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/zzG7bfRbP7xSmqgWX7FfGZL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2024.
- ARAÚJO, Isabella Félix *et al.* Síndromes hipertensivas e fatores de risco associados à gestação. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 11, supl. 10, p. 4254-62, out., 2017. DOI: [DOI: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201731](https://doi.org/10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201731). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br>. Acesso em: 23 jun. 2024.

ARAÚJO, Fernanda Contijo. **Tendência da prevalência de sobrepeso, obesidade, diabetes e hipertensão em mulheres brasileiras em idade reprodutiva, Vigitel 2008-2015**. 2018, 109f. Orientadora: Mariana Santos Felisbino Mendes. Dissertação (Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, fev. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 6023**: Informação e documentação - Referências - Elaboração. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.normasabnt.org/abnt-nbr-6023/>. Acesso em: 14 out. 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 1.4724**: Informação e documentação - Trabalhos Acadêmicos. Apresentação. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.normasabnt.org/abnt-nbr14724/>. Acesso em: 14 out. 2022

AZEVEDO, Walter Fernandes *et al.* Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Revista Einstein**, v. 13, n. 4, p. 618-26, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ffgXwmQK9dsV5yz5KMrBwhk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2024.

BACELAR, Eloisa Barreto *et al.* Fatores associados à Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação em puérperas adolescentes e adultas jovens da Região Nordeste do Brasil: análise múltipla em modelos hierárquicos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 17, n. 4, p. 683-691, out./ dez., 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000400004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/xwtv3FPBKm3Db8ydm8Xyprg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2024.

BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia e políticas públicas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 1, p. 3-17, 2013. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0003.pdf. Acesso em: 22 jun. 2023.

BATISTA, Flamice Amaral; ANDRADE, Jerusa Souza. **Consequências da hipertensão arterial entre adolescentes grávidas na região Norte**. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 4, n. 4, p. 15061-15078, jul./ago., 2021 DOI: DOI:10.34119/bjhrv4n4-055. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br>. Acesso em: 14 jul. 2024.

BENINCASA, Miria *et al.* O pré-natal psicológico como um modelo de assistência durante a gestação. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 22, n. 1, jan./jun. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22n1/v22n1a13.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2023.

BITTELBRUNN, Isadora Gabriela; PETRI, Maqueli Karina Dos Santos; MARTINS, Carlos Pereira. **Extremos de idades reprodutivas associadas a pré-eclâmpsia**: uma revisão da literatura. Repositório Universitário da Ânima (RUNA), set. 2023. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br>. Acesso em: 23 jun. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 29 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Politica_nacional_de_atencao_integral_a_saude_da_mulher_principios_e_diretrizes/. Acesso em: 14 maio 2024.

BRASIL. **Resolução n.º 466**, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a Resolução 196. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 24 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de Promoção da Equidade em Saúde**. 1ª edição, 1ª reimpressão. Brasília - DF. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_prococao_equidade_saude.pdf. Acesso em: 14 jun. 2023.

BRASIL. **Portaria n.º 1.153**, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html. Acesso em: 14 jun. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica. **Saúde das mulheres**. Brasília-DF, 2016a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em 29 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde: Prevenção e controle da hipertensão arterial em sistemas locais de saúde**. EVIPNet. Rede para Políticas Informadas por Evidências Brasil. Brasília – DF, 1ª edição – 2016b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_hipertensao_artorial.pdf. Acesso em 29 maio 2023.

BRASIL. **Resolução n.º 510**, de 07 de abril de 2016. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Constituiu consideração de formas diversificadas para comunicação do Consentimento Livre e Esclarecido, que pode ser realizado por meio de sua expressão oral, escrita, gestual ou de outras formas que se mostrem adequadas. 2016c. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 23 out. 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna**. Canal Saúde Construindo cidadania, 28 de maio de 2018a. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna-2018-05-28>. Acesso em: 15 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da criança** Orientações para implementação. Brasília - DF. Tiragem: 1ª edição – 2018 – versão eletrônica 2018b. 180p.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Casos de gravidez na adolescência diminuíram, em média, 18% desde 2019.** 2019a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/casos-de-gravidez-na-adolescencia-diminuiram-em-media-18-desde-2019>. Acesso em: 14 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: o que é.** Escola de profissionais da Parentalidade. 18 de julho de 2019b. Disponível em: <https://escoladaparentalidade.com.br/programadehumanizacaooprenatalnascimento-o-quee/>. Acesso em: 19 maio 2023.

BRASIL. **Gestação de Alto Risco.** Manual Técnico. Brasília - DF, 5ª edição, 2020a, 302p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 14 jun. 2023.

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento sustentável. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável,** set. 2020b. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 29 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pressão alta na gravidez.** 31 de outubro de 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/saudedeaz/h/hipertensao/pressao-alta-na-gravidez>. Acesso em: 14 jul. 2023.

BRASIL. **Diretriz clínica para prevenção, diagnóstico e manejo de síndromes hipertensivas na gestação.** Todas as Mães Importam. Einstein/MSD, p. 1-36, 2022b. Disponível em: https://www.einstein.br/Documentos%20Compartilhados/DIRETRIZ%20CLINICA%20PARA%20PREVENCAO,%20DIAGNOSTICO%20E%20MANEJO%20DE%20SINDROMES%20HIPERTENSIVAS%20NA%20GESTACAO_TMI.pdf. Acesso em: 14 jun. 2023.

BRAZ, Juliana de Oliveira *et al.* Idade feminina avançada x reprodução assistida. **Revista Fit Ciência da Saúde**, v. 27, edição 127, out. 2023. Disponível em: <https://revistaft.com.br/idade-feminina-avancada-x-reproducao-assistida/>. Acesso em: 23 jun. 2024.

BRITO, Karen Krystine Gonçalves *et al.* Prevalência das síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG). **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 2717- 2725, jul./set., 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-762245>. Acesso em: 12 jul. 2024.

BRITO, Maryane Nogueira da Fonseca; AROUCA, Maria Eduarda Dias; BRANDÃO, Layanne Hellen da Cruz. **Síndromes hipertensivas no contexto gestacional: uma revisão de literatura.** Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 3, ago. 2024. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p575-583>. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1620>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BUENO, Denise Rodrigues *et al.* **Análise dos fatores associados à Doença Hipertensiva específica da gravidez:** estudo de caso controle. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 6, n. 5, p.26149-26166, set./out., 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n5-594. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br>. Acesso em: 14 jul. 2024.

CÁ, Abdel Boneensa *et al.* Lacunas da assistência pré-natal que influenciam na mortalidade materna: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Natural**, jun. 2022. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1372/1409>. Acesso em: 14 out. 2024.

CAETANO, Bro Staut; CEDARO, Ariane; BENNEMAN, Rose Mari. **Estado nutricional e prevalência de hipertensão em gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde na cidade de Maringá-PR**. ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.14 n.26; p. 2017. Disponível em: <https://www.conhecer.org.br/enciclop/2017b/sau/estado%20nutricional.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2023.

CARDOSO, Raquel Ferreira *et al.* Educação em saúde na assistência pré-natal: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. (suppl.) 23, n. 23, p. e397, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/397>. Acesso em: 29 maio 2023.

CARMO, Carolina Barbosa *et al.* **Desafios do processo gestacional de mulheres negras: uma revisão narrativa**. *Femina*, v. 50, n. 3, p. 184-92, 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1367574/femina-2022-503-184-192.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2023.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. *Saúde Pública - Estudos Avançados*, v. 27, n. 78, p. 8-26, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?lang=pt>. Acesso em 19 maio 2023.

CIRILO, Maria Vitória da Silva Paula *et al.* **Terapia com sulfato de magnésio no controle e prevenção de convulsões associadas a pacientes com pré-eclâmpsia**. *Brazilian Journal of Health Review*. Curitiba, v. 4, n. 4, p. 16546-16559 jul./ago. 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/ciraf/Downloads/admin,+BJHR+170+AGOSTO.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2023.

COELHO, Juliana Sousa. **Construindo a participação social no SUS: Um constante repensar em busca de equidade transformação**. *Saúde e Sociedade*, v. 21, (suppl. 1), maio, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4Wt8xWdgTMWXNkyqBmkpR7G/>. Acesso em: 29 maio 2023.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ. **Subnotificação no Sinan prejudica combate a problemas de saúde pública**. Curitiba, 2011. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/Subnotificacao-no-Sinan-prejudica-combate-a-problemas-de-saude-publica-11-5097.shtml>. Acesso em: 17 jan. 2024.

DALFIOR, Eduardo Tonole; LIMA, Rita de Cássia Duarte; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. **Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde**. *SAÚDE DEBATE*. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225, jan./ mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yZYjCvXjy45tyzLhRp7qycb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2023.

DANA, Denis. **Pré-eclâmpsia: informação é fundamental para que mulheres tratem em tempo doença hipertensiva da gravidez**. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal

de São Paulo, 23 de fevereiro de 2023. Disponível em: <https://sp.unifesp.br/epm/noticias/pre-eclampsia-informacao-e-fundamental-para-que-mulheres-tratem-em-tempo-doenca-hipertensiva-da-gravidez..> Acesso em: 20 jun. 2023.

DIAS, Júlia Maria Gonçalves *et al.* Mortalidade materna. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 2, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-758322>. Acesso em 20 maio 2023.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. **Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico-metodológicas.** Saúde & Debate. Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 2, p. 341-360, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/D7NCKqzkwkjpMQNkxwWWXjLb/?format=pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.

ESTANISLAU, Julia. **Obesidade gestacional cresce e apresenta riscos para a mãe e o feto.** Jornal da USP no ar, mar. 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/radio-usp/obesidade-gestacional-cresce-e-apresenta-riscos-para-a-mae-e-o-feto/>. Acesso em: 29 jun. 2023.

FERNANDES, Antônio Alves Torres *et al.* Leia este artigo se você quiser aprender regressão logística. **Revista Sociologia e Política**, v. 28, n. 74, e006, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/RWjPthhKDYbFQYydbDr3MgH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2024.

FERREIRA, Juliana Carvalho; PATINO, Cecilia Maria. **O que realmente significa o valor-p?** Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 41, n. 5, p. 485-485, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132015000000215>. Disponível em; <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/SWk5XsCsXTW7GBZq8n7mVMJ/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 22 jun. 2024.

FERREIRA, Francilene Xavier. **Aspectos obstétricos e perinatais de puérperas portadoras de síndromes hipertensivas da gestação atendidas na cidade de Manaus – AM.** 2023. 62f. Orientador: José Carlos Peraçoli. Tese (Doutorado em Tecnologia) – Universidade Estadual Paulista. Botucatu - SP, 2023.

FRANÇA, Tania; MAGNAGO, Carrinne. **Políticas, programas e ações de educação na saúde: perspectivas e desafios.** Saúde & Desafios. Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 1, p. 4-6, ago. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5jKqsspWjmvRKRhYz7LYTFP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2023.

FRANÇA, Andressa Antunes Prado de *et al.* Defeitos congênitos e diagnóstico pré-natal. **Revista Científica Fago Saúde**, v. 1, p. 87-93, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/ciraf/Downloads/32-456-1-PB.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2023.

FRIAS, Luzinéa de Maria Pastor Santos; DIAS, Natany Sampaio Santos. **Prevalência de síndrome hipertensiva na gestação e suas principais complicações em um hospital Universitário de São Luís – MA.** VIII Jornada Internacional Políticas Públicas. 22 – 25 de agosto de 2017. Disponível em: <https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo14/prevalenciadesindromehipertensivanagestacaoesuasprincipaiscomplicacoesemumhospitalunive.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2024.

GARCIA, Érica Marvila *et al.* **Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível?** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4633-4642, 2019. DOI: 10.1590/1413-812320182412.31422017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wd8rzF6fR7XvfMwDCJSBkJw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2024.

GERALDO, Rafael Marques *et al.* **Preenchimento do quesito raça/cor na identificação dos pacientes: aspectos da implementação em um hospital universitário.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 10, p. 3871- 3880, out., 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.08822022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DVPvS3wkcRFQx3McfS9m85H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2024.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]**. 2ª ed. Revista e ampliada. Cebes. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 15- 1075, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>. Acesso em: 21 jun. 2023.

GIURIATO, Gustavo Dall’Orto; COUY, Matheus Pimenta; DURAN, Thaís Camila Alves Lessa. Fatores associados a óbitos maternos por síndromes hipertensivas gestacionais: perfil epidemiológico e socioeconômico. **Revista Fit**, v. 27, edição 128, nov. 2023. DOI: 10.5281/zenodo.10138735. Disponível em: <https://revistaft.com.br/fatores-associadosaobitosmaternosporindromehipertensivas-gestacionais-perfil-epidemiologico-e-socioeconomico/>. Acesso em: 14 jul. 2024.

GUIDÃO, Nithya Deyelly Batista Neves *et al.* Assistência de enfermagem no cuidado às gestantes com complicações da síndrome hipertensiva gestacional: uma revisão integrativa. **Revista Recien**, v. 10, n. 29, p. 173-179, mar. 2020. DOI: 10.24276/rrecien2358-3088.2020.10.29.173-179. Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/255/259>. Acesso em: 13 jun. 2024.

GUIDÃO, Nithya Deyelly Batista Neves *et al.* Assistência de enfermagem no cuidado às gestantes com complicações da síndrome hipertensiva gestacional: uma revisão integrativa. **Revista Recien**, v. 10, n. 29, p. 173-179, mar. 2020. DOI: 10.24276/rrecien2358-3088.2020.10.29.173-179. Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/255/259>. Acesso em: 13 jun. 2024.

HENRIQUES, Kamille Giovanna Gomes *et al.* **Fatores de risco das síndromes hipertensivas específicas da gestação: Revisão integrativa da literatura.** *Research, Society and Development*, v. 11, n. 5, e43911527981, 2022. Disponível em: 27981-Article-328431-1-10-20220412.pdf. Acesso em 23 maio 2023.

HULLEY, Stephen B, *et al.* **Delineando pesquisas clínicas: uma abordagem epidemiológica.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2008. 384p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-591606>. Acesso em: 20 jul. 2024.

IRURITA-BALLESTEROS, Carolina *et al.* **Saúde mental e apoio social materno: influências no desenvolvimento do bebê nos dois primeiros anos.** *Contextos Clínicos*, v. 12, n. 2, maio/ago. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v12n2/v12n2a05.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Panorama Censo 2022**. Disponível em: cidades.ibge.gov.br/brasil/es. Acesso em: 02 set. 2023

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **População no último Censo, 2022**. Disponível em: cidades.ibge.gov.br/brasil/es. Acesso em: 02 set. 2023

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE – IEPS. **Mulheres pretas são as principais vítimas de eclâmpsia e mortalidade materna, aponta pesquisa**. 17 de novembro de 2022. Disponível em: <https://ieps.org.br/mulherespretasaoasprincipaisvitasdeeeclampsiaemortalidadematernaaponapesquisa/#:~:text=Uma%20pesquisa%20realizada%20pelo%20IEPS%20%28Instituto%20de%20Estudos,das%20principais%20causas%20de%20mortalidade%20materna%20no%20Brasil>. Acesso em: 24 nov. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **ODS – Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Proposta de adequação. Agenda 2030**. Brasília: IPEA, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8636/1/Agenda%202030%20ODS%20Metas%20Nac%20dos%20Obj%20de%20Desenv%20Susten%202018.pdf>. Acesso em: 29 maio 2023.

JACOB, Lia Maristela da Silva *et al.* Perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico de gestantes com Síndrome Hipertensiva de uma maternidade pública. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. e20190180, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190180>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/6v85SkvTQmmwngp9z6rwwgQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2023.

JACOB, Lia Maristela da Silva *et al.* **Conhecimento, atitude e prática sobre síndrome hipertensiva gestacional entre gestantes: ensaio clínico randomizado**. Texto & Contexto de Enfermagem, v. 31, p. e20210018. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/mFmrqpQhkKgydVGGXtyRWZb/?lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2024.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Sobre o conceito de políticas públicas**. 17 de maio de 2022. Disponível em: <https://pp.nexojournal.com.br/ponto-de-vista/2022/Sobre-o-conceito-de-politicas-publicas>. Acesso em: 14 jun. 2023.

KAHHALE, Soubhi; FRANCISCO, Rossana Pulcineli. Pré-eclâmpsia. **Revista Medica**. São Paulo, v. 97, n. 2, p. 226-34, mar./abr. 2018. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5631550/mod_resource/content/1/Artigo%20Pré-eclâmpsia%202018.pdf. Acesso em: 12 jun. 2023.

KERBER, Guenevere de Franceschi; MELERE, Cristiane. Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 8, n. 3, set./dez., 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S221609732017000301899. Acesso em: 23 jun. 2023.

KREBS, Vanine Arieta; SILVA, Marcela Rosa; BELLOTTO, Paula Cristina Barth. Síndrome de Hellp e Mortalidade Materna: Uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Revisão da Saúde**. Curitiba, v. 4, n. 2, p.6297-6311, mar./abr. 2021. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/26920/21293>. Acesso em: 23 jun. 2023.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* **Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2023.

LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. **Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980**. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 166-74. jan./mar. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/j3x6K34kgCjtKcfxj36W8Cz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2023.

LIMA, Joseline Pereira *et al.* Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. **Revista Rene**, v. 19, p. e3455, jul., 2018. DOI: 10.15253/2175-6783.2018193455. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324054783029.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2024.

LIMA, Kelly Diogo; PIMENTEL, Camila; LYRA, Tereza Maciel. **Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, suppl. 3, p. 4909-4918, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wbq3FvQH7HmVMYSp7Y9dntq/>. Acesso em: 02 mar. 2024.

LINHARES, José Juvenal *et al.* Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-eclâmpsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 6, p.259-63, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/wk8v647wDgQtGCpFvZ6Q8wx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2023.

LINS, Eduarda Valentina Duarte *et al.* **Hipertensão gestacional e o risco de pré-eclâmpsia**. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 8, p. e29111831197, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31197/26522>. Acesso em: 24 maio 2023.

MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar *et al.* **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**: Capítulo 9 - Hipertensão Arterial na gestação. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, n. 3, Suppl 3, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20160159>. Acesso em 19 maio 2023.

MARCONI, Maria de Andrade.; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. Ed. São Paulo, SP: Atlas, 2006.

MARIN, Ramon; FALEIROS, Pedro Bordini; MORAES, Antônio Bento Alves de. **Como a Análise do Comportamento tem Contribuído para Área da Saúde?** *Psicologia: Ciência e*

Profissão, v. 40, n. e197787, p. 1-13. 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pcp/a/3ZWWMPH66kXmQmrfx9Lqhzf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MARINHO, Cristiane da Silva Ramos *et al.* **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças.** Caderno Saúde Pública, v. 36, n. 10, e00191219, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/FXMtLrXQYTcWfVBbzwbtpbh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 maio 2023.

MARQUES, Bruna Letícia *et al.* **Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde.** Escola Anna Nery, v. 25, n.1, p. e202000098, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ean/a/hR4MwpCd88cvTfs9ksLJGFs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2024.

MARTINEZ, Nathalia Franco *et al.* Características clínicas e laboratoriais de gestantes com pré-eclâmpsia *versus* hipertensão gestacional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 10, p. out. 2014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/j3rqn49TwN6QytZgfdkYj8D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 maio 2023.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Obstetrícia Fundamental**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, jul. 2014. Disponível em:
https://shalomtreinamentos.com.br/wp-content/uploads/2023/06/Rezende-Obstetrícia-Fundamental-13_a-edicao.pdf. Acesso em: 14 jul. 2024.

MORAIS, Fernanda Miranda *et al.* Perfil clínico-epidemiológico e repercussões perinatais em portadoras de Síndrome Hipertensiva Gestacional: Uma revisão. **Revista Eixo**, v. 2, n. 1, 2013. DOI: <https://doi.org/10.19123/eixo.v2i1.103>. Disponível em:
<https://arquivorevistaeixo.ifb.edu.br/index.php/RevistaEixo/article/view/103>. Acesso em: 14 jun. 2024.

MORAES, Lhayse dos Santos Lopes *et al.* Síndromes Hipertensivas na Gestação: perfil clínico materno e condição neonatal ao nascer. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 599-611, jul./ set., 2019. DOI: 10.22278/2318-2660, 2019.v43.n3.a2974. Disponível em:
<https://rbsp.sesab.ba.gov.br>. Acesso em: 23 jun. 2024.

NASCIMENTO, Simony Lira do *et al.* Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica da literatura. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, 9, p. 423-31, 2014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/6kMvyttht3c5Z334j68N7jQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023.

NASCIMENTO, Helena Silva do. **Prevalência das SHG e fatores associados em maternidades privadas que participaram da Pesquisa Nascer Saudável**. 2022. 144f. Orientadora: Maria do Carmo Leal. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia Geral) – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2022.

NAKATANI, Felipe Takayuki. **Protocolos de Assistências em Ginecologia e Obstetrícia. Síndromes Hipertensivas na Gestação.** Orientador: Marcelo Guimarães. Hospital do Trabalhador. Curitiba, 2021. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/protocolo_sindromes_hipertensivas_na_gestacao_cht.pdf. Acesso em: 14 jun. 2024.

NICIDA, Lucia Regina de Azevedo *et al.* **Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 11, p. 4531-4546, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NFLfVvk59DRwVc3PPPPvPLv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2023.

NOREMBERG, Alessandra. **As políticas públicas do Sistema Único de Saúde para o atendimento de gestantes.** Conteúdo Jurídico. Direito Administrativo. 20 de janeiro de 2016. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/46867/as-politicas-publicas-do-sistema-unico-de-saude-para-o-atendimento-de-gestantes>. Acesso em: 15 jun. 2023.

OLEGÁRIO Wallnizia Kessia Batista. **Fatores de risco associados à hipertensão em gestantes.** 2019. 74f. Orientadora: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna. Dissertação (Mestrado em Ciências Exatas e da Natureza) - Universidade Federal da Paraíba, 2019.

OLIVEIRA, Lídia Maria de Souza. **Um estudo sobre a vivência da gravidez tardia** 2014. 94f. Orientadora: Rosângela da Silva Santos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014

OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes; GRACILIANO, Nayara Gomes. **Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados.** *Epidemiologia Serviços de Saúde*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 441-451, jul./set 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/K9vkdMNk65mPVPTCWZGdQYy/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 maio 2023.

OLIVEIRA, Vanessa Elias. **Saúde Pública e Políticas Públicas: campos próximos, porém distantes.** *Saúde Sociedade*. São Paulo, v. 25, n. 4, p. 880-894, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/P5QhLTrKxx7MZNH9scfcTDh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2023.

OLIVEIRA, Ariane Cristina *et al.* **Estudo da relação entre ganho de peso excessivo e desenvolvimento de diabetes mellitus e doença hipertensiva específica na gestação.** *J Health Sci Inst.*, v. 34, n. 4, p. 231-9. 2016. Disponível em: https://repositorio.unip.br/wpcontent/uploads/2020/12/V34_n4_2016_p231a239.pdf. Acesso em: 14 jul. 2024.

OLIVEIRA, Ana Paula. **Conheça as principais políticas públicas de saúde no Brasil.** *Zelas Saúde*. 16 de novembro de 2020. Disponível em: <https://saude.zelas.com.br/artigos/politicas-publicas>. Acesso em: 14 jun. 2023.

OLIVEIRA, Amanda Silva *et al.* **Educação em saúde no pré natal: prevenção e controle síndromes hipertensivas na gravidez.** *Caderno Pedagógico*, v. 21, n. 5, maio, 2024. DOI:

<https://doi.org/10.54033/cadpedv21n5-163>. Disponível em:
<https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/4202>. Acesso em: 28 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em:
<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>. Acesso em: 22 maio 2023.

PACHECO, Vanessa Cardoso *et al.* **As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis**. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 116, p. 125-137, jan./ mar., 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42n116/125-137/pt>. Acesso em: 14 jul. 2024.

PAES, Caila Carolina Duarte Campos; PAIXÃO, Alvaneide Nunes dos Passos. **A importância da abordagem da educação em saúde: Revisão de literatura**. *REVASF, Petrolina-PE*, v. 6, n. 11, p. 80-90 dez. 2016. Disponível em:
<file:///C:/Users/ciraf/Downloads/05++ALVANEIDE++Artigo+Caila+Carolina+Duarte+Campos+Paes.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2023.

PESSOTO, Umberto Catarino; RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck; GUIMARÃES, Raul Borges. **O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro**. *Saúde & Sociedade*. São Paulo, v.24, n.1, p.9-22, 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bXtn5xy5M9SfVdNd5QsMFxs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2023.

PERAÇOLI, José Carlos *et al.* **Pré-eclâmpsia/ eclâmpsia**. São Paul.: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 8/Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gestaçao). *FEMINA*, v. 47, n. 5, p. 258-273, 2019. Disponível em:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1046517/femina-2019-475-258-273.pdf>. Acesso em 20 maio 2023.

QUEIROZ, Marcel Robledo. **Ocorrência das Síndromes Hipertensivas na Gestaçao e fatores associados na região sudeste do Brasil**. 2014. 111f. Orientadora: Carmen Simone Grilo Diniz. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

QUEIROZ, Marcel Reis. **Síndromes hipertensivas na gestaçao no Brasil: estudo a partir dos dados da pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e nascimento”**, 2011-2012. Orientadora: Carmen Simone Grilo Diniz, 2018. 121f. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) – Faculdade de Saúde Pública – USP. São Paulo, 2018.

RENNÓ JÚNIOR, Joel *et al.* A influência do estresse na gestaçao. **Revista Debates em Psiquiatria**, maio/ jun., 2013. Disponível em: <https://revistardp.org.br>. Acesso em: 14 jul. 2024.

RIBEIRO, José Francisco *et al.* sócio demográfica e clínica da parturiente com pré-eclâmpsia. **Revista de Enfermagem - UFPE**, v. 9, n. 5, p.7917-23, 2015. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10542>. Acesso em: 14 jun. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Assessoria Técnica de Planejamento. **Guia do Pré-Natal na Atenção Básica**. (Org.) Aline Coletto Sortica; Gabriela Hartmann Cardoso; Gisleine Lima da Silva; Melissa de Azevedo; Nadiane Albuquerque Lemos. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2018. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2023.

ROCHA, Claudineia Silva; SILVA, Cleópatra da Vitória; MORAIS, Larissa dos Santos. Gestação Tardia. 2018. 54f. Orientador: Eduardo Silva Miranda. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharel em Enfermagem) – Instituto Ensinar Brasil. Serra, 2018.

SAMPAIO, Lucas Alves de Oliveira; OLIVEIRA, Matheus Silveira; OLIVEIRA, Ana Lara Silveira. **O uso de método de imagem no rastreamento de pr  eclampsia. Saúde Biopsicossocial: cuidado, acolhimento e valoriza o da vida**. Editora Científica, v. 2, Ano 2022. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/221010412.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2023.

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos; NERY, Adriana Alves; MATUMOTO, S lvia. A produ o do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Revista Escolar de Enfermagem USO**, v. 47, n. 1, p. 107-114, 2013. Disponível em: <https://scielo.br>. Acesso em: 14 jun. 2024.

SANTOS, Joelma Oliveira Silva; ALMEIDA NETO, Thiago Paulo de. Atua o do enfermeiro na redu o da ocorrência da pr -eclâmpsia: Uma revisão integrativa. **Revista Científica da FASETE**, p. 169-188, 2016. Disponível em: https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2016/10/atuacao_do_enfermeiro_na_reducao_da_ocorrencia_da_pre_eclampsia.pdf. Acesso em: 23 jun. 2024.

SANTOS, Monique Jesus; CAPOBIANCO, Marcela Petrolini. Hipertensão gestacional. **Revista Científica Unilago**, v. 1, p. 1, p. 02-14, 2019. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revistacientifica/article/view/203>. Acesso em 20 maio 2023.

SANTOS, Gustavo Gonçalves. **Educa o em saúde para preven o de síndromes hipertensivas da gesta o**. *Jornal Einstein*, São Paulo, n. 18, p. eCE6076, nov. 2020. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020CE6076. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/educacao-em-saude-para-prevencao-de-sindromes-hipertensivas-da-gestacao/>. Acesso em: 28 jul. 2024.

SANTOS, Isabella Beatriz *et al.* **Assistência de enfermagem nas síndromes hipertensivas específicas da gravidez: revisão sistemática**. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 9, p. e51611932155-e51611932155, 2022.

SBARDELOTTO, Taize *et al.* **Características definidoras e fatores associados   ocorrência das síndromes hipertensivas gestacionais**. *Cogitare Enfermagem*, v. 23, n. 2, p.

SOUTO, Kátia; Moreira, Marcelo Rasga. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde & Debate*. Rio de Janeiro. v. 45, n. 130, p. 832-846, jul./set.2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4JncpcMDZ7TQ9Hd7dkMPMpt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023.

SOUZA, Ana Luíza Silva *et al.* Gravidez de alto risco na perspectiva da enfermagem: Um estudo de revisão. **Revista de Pesquisa de Cuidados Fundamentais Online [Internet]**, v. 4, n. 1, p. 1572-81, 2011. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1304>. Acesso em: 13 jun. 2023.

SOUZA, Ana Caroline da Silva; SILVA, Nicolly Andrade de Carvalho. A assistência do enfermeiro prestada para prevenção e controle da hipertensão gestacional. **Revista Fit**, v. 115, out. 2022. Disponível em: <https://revistaft.com.br/aassistenciadoenfermeiroprestadapraprevencaocontrollea/>. Acesso em 24 maio 2023.

SOUZA, Cláudia Meurer; ISER, Betine Moehlecke; MALTA, Deborah Carvalho. **Diabetes gestacional autorreferido** - uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde. *Caderno de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 3, p. 1-10, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331030043>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/pXfHrYgdHLCX8sxwSGLHnFc/>. Acesso em: 03 mar. 2024.

TENÓRIO, Marge. **A gestão de redes de pesquisa científica, tecnológica e de inovação em saúde no Brasil**. Orientadora: Ana Luíza D'Ávila Viana. 2016.144p. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2016.

VANDERLEI, Lygia Carmen de Moraes; FRIAS, Paulo Germano. Avanços e desafios na saúde materna e infantil no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 2, p. abr./ jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000200001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/Cdph8kNx5pVkhXWXgTmLnSP/>. Acesso em: 02 mar. 2024.

VETTORE, Marcelo Vianna *et al.* Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes dos SUS, no município do Rio de Janeiro. **Revista Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 27, n. 5, p. 1021-1034. maio, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Z8prQsvLj9pS9CVV8r6c65x/>. Acesso em: 24 jun. 2024.

XAVIER, Rozânia Bicego *et al.* **Itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação**. *Interface*, v. 19, n. 55, p. 1109-1120, 2015. DOI: [10.1590/1807-57622014.0112](https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0112). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SjzdfmgBcCw7kr9H8b6G6SP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2024.

WESSLER, Paula Graziela. **Fatores associados a hipertensão arterial na gestação**. Orientadora: Fabiana Oenning da Gama. 16f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Palhoça, jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia**. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548335>. Acesso em: 20 nov. 2023.