

ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA LTDA.
FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA - FACENE

MARIA FERNANDA DA CONCEIÇÃO

**DESFECHOS PERINATAIS DE GESTANTES COM PRÉ-ECLAMPSIA GRAVE:
ESTUDO TRANSVERSAL**

JOÃO PESSOA
2025

C744d

Conceição, Maria Fernanda da

Desfechos perinatais de gestantes com pré-eclâmpsia: estudo transversal / Maria Fernanda da Conceição. – João Pessoa, 2025. 34f.; il.

Orientadora: Prof.^a Ma. Amanda Benício da Silva.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Pré-eclâmpsia. 2. Enfermagem Neonatal. 3. Hipertensão Gestacional. 4. Mortalidade Neonatal. I. Título.

CDU: 616-083:612.648

ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA LTDA.
FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA - FACENE

MARIA FERNANDA DA CONCEIÇÃO

**DESFECHOS PERINATAIS DE GESTANTES COM PRÉ-ECLAMPSIA GRAVE:
ESTUDO TRANSVERSAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Profa. Ma. Amanda Benício da Silva

JOÃO PESSOA
2025

MARIA FERNANDA DA CONCEIÇÃO

**DESFECHOS PERINATAIS DE GESTANTES COM PRÉ-ECLAMPSIA GRAVE:
ESTUDO TRANSVERSAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado pela aluna Maria Fernanda da Conceição, do curso de bacharelado em enfermagem, tendo obtido o conceito _____ de conforme a apreciação da banca examinadora.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ma. Amanda Benício da Silva - Orientadora FACENE

Prof^a. Ma. Ilana Vanina de Souza - Membro (FACENE)

Prof^a. Ma. Adriana Lira Rufino de Lucena - Membro (FACENE)

RESUMO

A pré-eclâmpsia grave é uma síndrome hipertensiva específica da gestação que compromete a perfusão placentária e pode gerar desfechos adversos ao binômio materno-fetal, sendo responsável por elevada morbimortalidade perinatal. A insuficiência placentária decorrente desse quadro está relacionada à prematuridade, baixo peso ao nascer, restrição do crescimento intrauterino e necessidade de cuidados intensivos neonatais. Este estudo teve como objetivo identificar as principais complicações apresentadas pelos neonatos de gestantes com pré-eclâmpsia grave, além de caracterizar o perfil das participantes. Trata-se de uma pesquisa documental, de abordagem quantitativa, realizada no Instituto Cândida Vargas, em João Pessoa-PB, por meio da análise de prontuários de neonatos nascidos de gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave em 2024. As principais complicações neonatais investigadas incluíram prematuridade, baixo Apgar, hipoglicemia, insuficiência respiratória e necessidade de internação em UTI neonatal, condições frequentemente associadas ao efeito da insuficiência placentária sobre a oxigenação e nutrição fetal. Os resultados mostraram predominância de gestantes entre 26 e 45 anos, faixa etária associada ao aumento do risco para pré-eclâmpsia, além de histórico familiar de hipertensão e recorrência da doença. O parto cesáreo foi o mais frequente, conduta comum diante da gravidade clínica. Entre os neonatos, observou-se maior proporção do sexo feminino, além de elevada taxa de prematuridade, especialmente entre 32 e 36 semanas. Baixo peso ao nascer ocorreu em 31% dos casos, sugerindo possível restrição de crescimento intrauterino. Mais da metade apresentou perímetro cefálico ≤ 35 cm. Os indicadores de vitalidade foram satisfatórios, com baixa incidência de Apgar <7 . As principais complicações identificadas foram hipoglicemia e desconforto respiratório. A maioria evoluiu positivamente, sem ocorrência de óbito neonatal precoce, e o tempo de internação concentrou-se entre 3 e 6 dias. Os achados evidenciam o impacto da pré-eclâmpsia grave sobre a vitalidade e o crescimento fetal, destacando a importância do manejo especializado e da assistência intensiva ao recém-nascido de risco.

Palavras-chave: Pré-eclâmpsia; Enfermagem Neonatal; Hipertensão Gestacional; Mortalidade neonatal.

ABSTRACT

Severe preeclampsia is a pregnancy-specific hypertensive syndrome that compromises placental perfusion and may lead to adverse outcomes for the mother–fetus dyad, being responsible for high perinatal morbidity and mortality. Placental insufficiency resulting from this condition is associated with prematurity, low birth weight, intrauterine growth restriction, and the need for neonatal intensive care. This study aimed to identify the main complications presented by neonates born to mothers with severe preeclampsia, as well as to characterize the profile of the participants. This is a documentary, quantitative study conducted at Instituto Cândida Vargas, in João Pessoa, Brazil, based on the analysis of medical records of neonates born to pregnant women diagnosed with severe preeclampsia in 2024. The main neonatal complications investigated included prematurity, low Apgar score, hypoglycemia, respiratory insufficiency, and the need for admission to the neonatal intensive care unit — conditions frequently associated with the effects of placental insufficiency on fetal oxygenation and nutrition. The results showed a predominance of pregnant women aged 26 to 45 years, an age group associated with an increased risk of preeclampsia, in addition to a relevant family history of hypertension and recurrence of the disease. Cesarean delivery was the most frequent mode of birth, a common conduct given the clinical severity. Among the neonates, there was a higher proportion of females and a high rate of prematurity, especially between 32 and 36 weeks. Low birth weight occurred in 31% of the cases, suggesting possible intrauterine growth restriction. More than half presented head circumference ≤ 35 cm. Vitality indicators were satisfactory, with a low incidence of Apgar < 7 . The main complications identified were hypoglycemia and respiratory distress. Most neonates evolved positively, with no early neonatal deaths, and the length of hospital stay ranged from 3 to 6 days. The findings highlight the impact of severe preeclampsia on fetal vitality and growth, emphasizing the importance of specialized management and intensive care for at-risk newborns.

Keywords: Preeclampsia; Neonatal Nursing; Gestational Hypertension; Neonatal Mortality.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	05
1.1	JUSTIFICATIVA.....	07
1.2	OBJETIVOS.....	07
1.2.1	Objetivo Geral.....	07
1.2.2	Objetivos Específicos.....	07
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	07
2.1	CRISES HIPERTENSIVAS	07
2.2	PRÉ-ECLAMPSIA E PRÉ-ECLAMPSIA GRAVE.....	08
2.3	COMPLICAÇÕES NO NEONATO.....	09
2.4	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO NEONATO COM COMPLICAÇÕES OCASIONADAS PELA PRÉ-ECLAMPSIA GRAVE.....	10
3	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	11
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	11
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	11
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	11
3.4	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	12
3.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	12
3.6	ANÁLISE DE DADOS.....	13
3.7	POSICIONAMENTO ÉTICO DOS PESQUISADORES.....	13
3.7.1	Riscos e Benefícios.....	14
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	15
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAIS.....	27
	APÊNDICES	29

1 INTRODUÇÃO

A crise hipertensiva é caracterizada por um aumento abrupto da pressão arterial, que pode ocorrer de forma sintomática e requer a redução imediata da pressão para evitar danos em órgãos-alvo e risco de morte. Os valores críticos para a pressão arterial incluem níveis de pressão sistólica (PAS) ≥ 180 mmHg e diastólica (PAD) ≥ 120 mmHg. Entre as crises hipertensivas, destaca-se a pré-eclâmpsia, uma condição específica da gestação que exige atenção especial devido à sua gravidade e complexidade (Barbosa, 2022).

A pré-eclâmpsia é uma condição gestacional que envolve falência de múltiplos órgãos e está associada à hipertensão e proteinúria. O aumento da pressão sanguínea pode causar danos significativos a diversos sistemas, como o vascular, hepático, renal e cerebral. Estudo revela que, em gestantes com pré-eclâmpsia, o diâmetro das artérias espiraladas é consideravelmente menor em comparação com aquelas em gestação normal, o que pode contribuir para a alta taxa de mortalidade e morbidade tanto materna quanto fetal. Além disso, fatores como hipertensão e *diabetes mellitus* pré-existent, obesidade e etnia são identificados como fatores de risco para o desenvolvimento da doença (Cortinhas, 2019).

A pré-eclâmpsia é uma das síndromes hipertensivas que afetam o binômio mãe-feto, sendo caracterizada pelo aumento da pressão arterial após a 20ª semana de gestação. Seus sinais incluem edema, cefaleia, epigastria, plaquetopenia, aumento de enzimas hepáticas e alterações visuais, com a condição progredindo rapidamente e podendo persistir até a 12ª semana após o parto (Souza, 2020).

A forma grave da pré-eclâmpsia é diagnosticada quando a pressão arterial sistólica atinge valores de (PAS) ≥ 160 mmHg e/ou a pressão diastólica (PAD) ≥ 110 mmHg, podendo ou não estar associada à proteinúria grave, com excreção de proteínas superior a 2g nas últimas 24 horas. Além disso, sintomas visuais ou cerebrais persistentes podem ocorrer, aumentando o risco de morbimortalidade materno-fetal. Essa condição, em sua forma mais severa, está associada a piores resultados neonatais (Brasil, 2024).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, os distúrbios hipertensivos da gestação, especialmente a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, representam uma das principais causas de morbimortalidade materno-infantil na América Latina, sendo responsáveis por quase um quarto das mortes maternas na região (Silva, 2023).

No Brasil, no período de 2010 a 2017, foi a segunda maior causa de mortalidade materna (10,48%). À análise por regiões do país, verificou-se ainda que as mais atingidas foram

o Sudeste com 329 óbitos por pré-eclâmpsia (35%), Nordeste com 326 óbitos (34,6%), seguidas pelo Norte (10,8%), Centro-Oeste (10,2%) e por último o Sul (9,4%) (Tavares, 2023).

A prematuridade é uma complicação frequente em recém-nascidos (RN) de gestantes com pré-eclâmpsia, assim como outros resultados neonatais negativos, como o escore de Apgar baixo, quando é inferior a 7, indicando a necessidade de atenção especial ao RN. Fatores como idade gestacional, malformações do RN e condições maternas, incluindo o uso de medicamentos, podem influenciar nesse valor. Além disso, o baixo peso ao nascer (BPN) é outro parâmetro relevante para avaliar a morbimortalidade neonatal, sendo frequentemente utilizado junto com o escore de Apgar e a necessidade de internação em UTI para medir o bem-estar do recém-nascido e o sucesso das intervenções pré, peri e neonatais (Cortinhas, 2019; Souza, 2020).

Os sobreviventes de uma gestação com pré-eclâmpsia podem apresentar complicações devido à vasoconstrição persistente em órgãos específicos, e, a restrição do crescimento intrauterino (RCIU) é um indicativo de hipoxemia fetal crônica. Tais condições são observadas em fetos classificados como pequenos para a idade gestacional. Por fim, o escore de Apgar baixo é comum em recém-nascidos de mães hipertensas, sendo necessário interpretar esse resultado com cautela, pois nem sempre está relacionado exclusivamente à asfixia (Cortinhas, 2019; Souza, 2020).

Na assistência neonatal frente às complicações decorrentes da pré-eclâmpsia, a enfermagem inicia o cuidado por meio de uma coleta sistemática de dados. Nessa etapa pode ser identificada a presença de sinais de prematuridade, instabilidade cardiorrespiratória, baixo peso para a idade gestacional e alterações nas respostas fisiológicas ao nascer (Alfaro, 2014).

Para um cuidado seguro, individualizado e fundamentado em evidências científicas, o planejamento de enfermagem inclui a definição de formulação de resultados esperados. Sendo eles, a manutenção da saturação de oxigênio em níveis adequados, a estabilização da temperatura corporal e a promoção de ganho de peso gradual. A implementação das intervenções envolve monitoramento contínuo, suporte respiratório, controle térmico e cuidados com a alimentação. A avaliação continua é fundamental para a adequação do plano de cuidados, contribuindo para a redução de riscos e complicações no período neonatal (Alfaro, 2014).

1.1 JUSTIFICATIVA

A elevada incidência de casos de pré-eclâmpsia grave, aliada à gravidade das complicações neonatais associadas a essa condição, é o principal fator impulsionador para a realização desta pesquisa.

Neste contexto, é essencial compreender a forma em que a assistência da Enfermagem pode contribuir positivamente para esses desfechos.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Identificar as complicações apresentadas pelo neonato com complicações decorrentes da pré-eclâmpsia grave.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa;
- Especificar as principais complicações neonatais associadas à pré-eclâmpsia grave;

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CRISES HIPERTENSIVAS

A elevação abrupta da pressão arterial configura uma condição que pode evoluir rapidamente para complicações graves, com risco potencial de morte. Nessa situação, órgãos-alvo como o coração, cérebro e rins tornam-se vulneráveis a lesões agudas, exigindo intervenção imediata. Os sinais e sintomas mais comuns incluem cefaleia intensa, tontura, dor no peito, náuseas, epistaxe e sensação de mal-estar. A crise hipertensiva pode ser classificada em urgência hipertensiva, quando não há dano agudo aos órgãos, e emergência hipertensiva, caracterizada pelo comprometimento evidente de estruturas vitais, como ocorre na encefalopatia hipertensiva, no acidente vascular cerebral, no edema pulmonar agudo ou no infarto do miocárdio (Gebauer, 2022; Martin, 2004).

Os níveis pressóricos associados as crises hipertensivas costumam ser elevados, especialmente com valores de pressão diastólica ≥ 120 mmHg. No entanto, é importante destacar que em algumas condições específicas, como na glomerulopatia aguda, a crise pode se manifestar mesmo com valores mais baixos, variando em uma pressão diastólica entre 100 e 110 mmHg (Gebauer, 2022; Martin, 2004).

2.2 PRÉ-ECLAMPSIA E PRÉ-ECLAMPSIA GRAVE

A pré-eclâmpsia é uma condição clínica que acomete gestantes previamente normotensas, manifestando-se geralmente após a 20ª semana de gestação e caracterizando-se pela elevação dos níveis pressóricos. Trata-se de uma síndrome hipertensiva com alto potencial de morbimortalidade materna e perinatal, pois está associada a um aumento significativo no risco de complicações obstétricas. Essas complicações podem comprometer a saúde da gestante e do feto em diferentes fases da gestação, no momento do parto e também no período puerperal. Entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia destacam-se a idade materna avançada, a nuliparidade, a história prévia da doença, intervalos curtos ou longos entre duas gestações, o uso de tecnologias de reprodução assistida e a obesidade (Cortinhas, 2019).

O diagnóstico tradicionalmente envolve a presença de hipertensão arterial associada à proteinúria, embora a ausência desta não descarte a possibilidade da doença. Quando não há proteinúria, o diagnóstico pode ser confirmado pela presença de sinais clínicos e laboratoriais

que indiquem disfunção de órgãos-alvo, como trombocitopenia, alteração da função hepática, lesão renal, edema agudo de pulmão ou sinais de insuficiência placentária, incluindo restrição de crescimento fetal (Cortinhas, 2019).

Nos casos em que a proteinúria está presente, os critérios diagnósticos incluem pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg, aferidas em pelo menos duas ocasiões com intervalo mínimo de quatro horas, após a 20ª semana de gestação. A correta identificação e monitoramento desses sinais são fundamentais para o manejo clínico eficaz e para a redução dos riscos associados à pré-eclâmpsia (Cortinhas, 2019).

A pré-eclâmpsia grave está associada a desfechos neonatais mais adversos, sendo frequentemente consequência da progressão natural da doença quando não há tratamento adequado ou interrupção da gestação. Essa forma grave da condição é caracterizada pela presença de um ou mais critérios clínicos e laboratoriais, incluindo pressão arterial $\geq 160/110$ mmHg, proteinúria elevada (≥ 2 g em 24 horas), níveis séricos de creatinina acima de 1,2 mg/dL, oligúria, alterações visuais ou neurológicas, edema pulmonar ou cianose, dor abdominal epigástrica ou no quadrante superior direito, disfunção hepática, plaquetopenia, episódios de eclampsia e restrição do crescimento fetal (Amorim, 2017).

2.3 COMPLICAÇÕES NO NEONATO

Os desfechos neonatais decorrentes da pré-eclâmpsia grave estão diretamente relacionados à insuficiência placentária, que resulta principalmente na restrição do crescimento intrauterino (RCIU) e na prematuridade extrema. A redução do fluxo sanguíneo uteroplacentário compromete a oxigenação e o fornecimento de nutrientes essenciais ao feto, configurando um ambiente intrauterino desfavorável ao seu desenvolvimento. Como consequência, os recém-nascidos expostos a essa condição apresentam maior incidência de baixo peso ao nascer, dificuldades respiratórias, necessidade de ventilação mecânica, distúrbios da termorregulação, hipoglicemia e outras alterações metabólicas que comprometem sua adaptação extrauterina. A maturação pulmonar inadequada, comum nesses casos, eleva a ocorrência da síndrome do desconforto respiratório, o que demanda suporte ventilatório intensivo logo após o nascimento (Almeida, 2025).

Diversos estudos demonstram que aproximadamente um terço dos neonatos oriundos de mães com pré-eclâmpsia grave nasce prematuro, evidenciando a prematuridade como um importante fator de risco nesse cenário. Além disso, quase metade desses recém-nascidos necessita de internação em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), o que reflete a

complexidade e gravidade das complicações associadas. A taxa de mortalidade neonatal também se mostra significativamente elevada, destacando a necessidade de estratégias clínicas eficazes para minimizar os desfechos adversos (Almeida, 2021).

Os impactos da exposição fetal à pré-eclâmpsia grave vão além do período neonatal imediato, uma vez que a combinação da prematuridade, RCIU e hipóxia intrauterina potencializa o risco de comprometimentos no desenvolvimento neurológico e motor a longo prazo. Esses neonatos frequentemente demandam suporte nutricional prolongado, principalmente por via parenteral, e apresentam maior vulnerabilidade a infecções nosocomiais, complicações que aumentam o tempo de internação e a complexidade do cuidado hospitalar. Esses fatores evidenciam a necessidade de um acompanhamento contínuo para esses recém-nascidos, visando a melhoria do prognóstico e da qualidade de vida (Almeida, 2025).

2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO NEONATO COM COMPLICAÇÕES OCACIONADAS PELA PRÉ-ECLAMPSIA GRAVE

Diante das complicações neonatais decorrentes da pré-eclâmpsia grave, a atuação da enfermagem inicia-se com uma coleta sistemática de dados, que permite identificar sinais como prematuridade, instabilidade cardiorrespiratória, baixo peso ao nascer e alterações nas respostas fisiológicas do recém-nascido. O cuidado seguro e individualizado é estruturado a partir do planejamento baseado em evidências, que inclui metas como a manutenção de níveis adequados de saturação de oxigênio, estabilidade térmica e ganho ponderal progressivo. As intervenções envolvem monitoramento contínuo, suporte respiratório, controle da temperatura e cuidados nutricionais, sendo a avaliação constante essencial para ajustar o plano de cuidados e minimizar riscos e complicações no período neonatal (Almeida, 2021).

Destaca-se a realização do exame físico completo, com ênfase na avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM). Essa avaliação envolve a aferição dos sinais vitais, a mensuração dos dados antropométricos (peso, comprimento e perímetro cefálico), além da verificação da presença e da evolução dos reflexos primitivos, indicadores importantes da maturidade neurológica. Cabe também ao profissional de enfermagem orientar os pais ou responsáveis sobre o estado clínico do bebê e a importância da estimulação precoce, promovendo estímulos sensoriais e interativos adequados à faixa etária, os quais são fundamentais para favorecer o vínculo afetivo e o desenvolvimento saudável da criança (Nascimento, 2022).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa documental definida pelo uso de fontes primárias, como documentos escritos ou não escritos, encontrados em arquivos públicos, institucionais ou particulares. Essa modalidade é especialmente relevante em estudos teóricos e em pesquisas como estudo de caso, que frequentemente demandam a coleta e análise de documentos específicos (Junior, 2021).

A abordagem foi quantitativa e teve como principal objetivo a quantificação de dados, com a criação de variáveis que possibilitam a aplicação de métodos estatísticos para a análise dos resultados. Na presente pesquisa, os dados foram coletados de forma padronizada, por meio da análise dos prontuários dos pacientes, o que assegurou maior objetividade e precisão na interpretação dos achados. Ressalta-se que, nessa perspectiva, o pesquisador mantém um distanciamento em relação ao objeto de estudo, evitando interferências no ambiente e garantindo a neutralidade dos dados (Siena, 2024).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no Instituto Cândida Vargas, uma instituição de referência em assistência obstétrica e neonatal de alta complexidade, na cidade de João Pessoa-PB. A instituição dispõe de assistência obstétrica e neonatal, prestando atendimento especializado a gestantes, puérperas e recém-nascidos. Conta com infraestrutura adequada para o cuidado intensivo, incluindo 7 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) materna e 12 leitos de UTI neonatal, o que a qualifica como um centro de alta complexidade no manejo de condições perinatais (Prefeitura de João Pessoa, 2023).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram considerados como população desta pesquisa todos os prontuários de neonatos atendidos no ano de 2024. A população refere-se ao conjunto de indivíduos que apresentaram características em comum ou que atendem a critérios previamente definidos, conforme os objetivos desta pesquisa (Siena, 2024).

Denominada amostra uma parte da população que deve ser uma representativa do todo. Para garantir essa representatividade, é fundamental que a seleção dos sujeitos ocorra de forma aleatória, assegurando que cada elemento da população tenha a mesma probabilidade de ser incluído (Siena, 2024).

A amostra foi constituída com base no cálculo amostral, sendo representada por 50 neonatos.

Diante do que foi apresentado acima, para o planejamento amostral do estudo foi utilizado a fórmula demonstrada abaixo:

$$n_o = \frac{1}{Eo^2}$$

$$n = \frac{N \times n_o}{N + n_o}$$

Para seleção da amostra foram definidos critérios de elegibilidade: como critério de inclusão teremos os prontuários de neonatos de mães com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave hospitalizados em unidades de terapia intensiva e prontuários de neonatos atendidos no ano de 2024 no Instituto Cândida Vargas. Como critérios de exclusão serão os prontuários com informações incompletas e prontuários com letras ilegíveis.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a realização desta pesquisa, foi adotado um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE C), dividido em duas partes. A parte 01 – corresponde aos dados sociodemográficos dos participantes, e a parte 02 – as questões referentes ao tema do estudo. O roteiro consiste em um instrumento metodológico orientador, responsável por estruturar as etapas da investigação (Siena, 2024). Este instrumento foi o único utilizado meio para extrair as variáveis de interesse dos prontuários clínicos dos neonatos e das gestantes, englobando dados sociodemográficos, clínicos e de desfechos perinatais. Por se tratar de um estudo documental, o instrumento visa exclusivamente à padronização e organização das informações coletadas, sem a necessidade de aplicação a participantes.

3.5 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, foi encaminhado um ofício da coordenação do curso à instituição onde será realizada a pesquisa. Em seguida, foi iniciada a coleta de dados por meio da análise dos prontuários. O acesso aos prontuários foi realizado exclusivamente pela pesquisadora associada, sob orientações prévias da orientadora. A coleta dos dados foi feita no próprio Instituto Cândida Vargas, mediante agendamento, garantindo o sigilo institucional. As informações extraídas foram identificadas apenas por números sem qualquer menção a nomes ou números de registro hospitalar. O armazenamento seguro dos dados brutos nos instrumentos preenchidos e dos arquivos digitais em forma de planilhas foram feitos em computador pessoal protegido por senha, garantindo a confidencialidade e a privacidade dos dados.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados de acordo com o método quantitativo, organizados no programa Microsoft Excel. A análise foi predominantemente descritiva, com o uso de estatística simples como frequências absolutas e relativas médias e desvio-padrão, para caracterizar o perfil sociodemográfico e os desfechos perinatais. Posteriormente foram apresentados em gráficos e tabelas. Na sequência, foram discutidos de acordo com a literatura pertinente.

3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DOS PESQUISADORES

Esta pesquisa esteve em conformidade com a Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024 e a Resolução 466/12. A Lei nº 14.874/24 estabelece diretrizes éticas para a condução de pesquisas com seres humanos no Brasil, a referida norma institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, assegurando a proteção dos participantes por meio do respeito à dignidade, à segurança e à confidencialidade das informações. A Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), determina diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais, frisando a importância da ética do pesquisador, como também o respeito e a garantia do exercício dos direitos dos participantes. O estudo será devidamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, respeitando os princípios do consentimento livre e esclarecido, bem como os prazos e exigências estabelecidos pela legislação vigente (BRASIL, 2024).

Além disso, esta pesquisa também seguiu as orientações da Resolução COFEN nº 564/2017, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Essa resolução estabelece que o profissional deve pautar sua prática na integridade, respeito aos direitos humanos, sigilo profissional, responsabilidade legal e compromisso com a promoção da saúde e proteção da vida. Assim, todas as etapas da pesquisa foram conduzidas de forma ética, priorizando o cuidado, a segurança e o bem-estar dos participantes envolvidos (COFEN, 2017).

Por se tratar de um estudo documental não se fez necessário o termo de consentimento livre e esclarecido, para tanto, essa pesquisa apresenta uma Solicitação de Isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos dados maternos e neonatais da UTI neonatal do Instituto Cândida Vargas do ano de 2025. João Pessoa, 2025.

Variável	n	%
DADOS MATERNOS		
Idade		
Menor de 14	0	0%
Entre 15 e 19	7	14%
Entre 20 e 25	11	22%
Entre 26 e 35	17	34%
Entre 36 e 45	15	30%
46 ou mais	15	0%
Abortos		
0	40	80%
1	8	16%
2	1	2%
3	0	0%
04 ou mais	1	2%
Histórico de Pré-Eclâmpsia		
Sim	17	34%
Não	33	66%
História Familiar de Hipertensão Arterial		
Sim	31	62%
Não	19	38%
DADOS DO NEONATO		
Sexo		
Masculino	20	40%
Feminino	30	60%
Tipo de Parto		
Vaginal	3	6%
Cesárea	47	94%

Idade Gestacional (em semanas)		
< 28	1	2%
Entre 29 e 31	1	2%
Entre 32 e 36	18	36%
Entre 37 e 40	29	58%
> 40	1	2%
Óbito Neonatal		
Sim	2	4%
Não	48	96%
Dias de Internação (Em dias)		
Entre 3 e 6	29	58%
Entre 3 e 7	8	16%
Entre 11 e 14	8	16%
Entre 15 e 18	1	2%
Entre 19 e 22	1	2%
Entre 23 e 26	0	0%
Entre 27 e 30	2	4%
Acima de 30 dias	1	2%
TOTAL	50	100%

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa, 2025.

Nos dados maternos, observou-se que, em relação à idade da gestante, a distribuição foi a seguinte: menores de 14 anos, 0% (0), entre 15 e 19 anos, 14% (7), entre 20 e 25 anos, 22% (11); entre 26 e 35 anos, 34% (17); entre 36 e 45 anos, 30% (15); e 46 anos ou mais, 0% (0). Quanto ao número de abortos prévios, verificou-se que 0 abortos corresponderam a 80% (40) dos casos; 1 aborto, a 16% (8); 2 abortos, a 2% (1); 3 abortos, a 0% (0); e 4 ou mais abortos, a 2% (1). Em relação ao histórico de pré-eclâmpsia, 34% (17) das gestantes relataram ter apresentado a condição, enquanto 66% (33) afirmaram não a possuir. No que se refere à história familiar de hipertensão arterial, 62% (31) das participantes confirmaram antecedentes familiares da condição, ao passo que 38% (19) negaram essa informação.

Nos dados referentes ao neonato, verificou-se que a distribuição por sexo foi de 40% (20) para o sexo masculino e 60% (30) para o sexo feminino. Quanto ao tipo de parto, 6% (3) ocorreram por via vaginal e 94% (47) por cesariana. A idade gestacional, em semanas, no momento do parto, apresentou a seguinte distribuição: menos de 28 semanas, 2% (1); entre 29 e 31 semanas, 2% (1); entre 32 e 36 semanas, 36% (18); entre 37 e 40 semanas, 58% (29); e acima de 40 semanas, 2% (1). Observou-se óbito neonatal em 4% (2) dos casos, enquanto 96% (48) não evoluíram para óbito. Por fim, o tempo de internação apresentou a seguinte distribuição: entre 3 e 6 dias, 58% (29); entre 7 e 10 dias, 16% (8); entre 11 e 14 dias, 16% (8); entre 15 e 18 dias, 2% (1); entre 19 e 22 dias, 2% (1); entre 23 e 26 dias, 0% (0); entre 27 e 30 dias, 2% (1); e mais de 30 dias, 4% (2).

A idade materna avançada é reconhecida como um importante fator de risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia. No presente estudo, 30% das participantes tinham entre 36 e 45 anos, o que representa uma parcela significativa da amostra inserida na faixa etária de maior risco. Essa característica pode ter contribuído para a ocorrência das morbidades maternas e neonatais observadas, indicando que o perfil etário das gestantes avaliadas desempenha papel relevante na compreensão dos desfechos identificados (ACOG, 2020).

Embora não haja evidências consistentes na literatura que relacionem abortos prévios ao aumento do risco de pré-eclâmpsia em gestações subsequentes. As literaturas destacam que o fator da nuliparidade é reconhecida como condição que eleva a probabilidade de distúrbios hipertensivos. No presente estudo, 80% das gestantes não apresentavam histórico de abortos, mas esse achado só se torna significativo quando analisado em conjunto com a paridade, já que o risco está mais associado à ausência de partos prévios do que às perdas gestacionais em si (Leeman, 2016).

O antecedente de pré-eclâmpsia é amplamente reconhecido na literatura científica como fator de risco significativo para a recorrência da doença em gestações posteriores. No presente estudo, esta correlação é clinicamente relevante, uma vez que se observou que 34% das gestantes possuíam histórico prévio de pré-eclâmpsia, percentual considerado elevado e indicativo de que uma fração expressiva da amostra iniciou a gestação com um risco de recorrência significativamente aumentado (ACOG, 2020).

Essa constatação adquire importância na interpretação dos resultados, pois pesquisas apontam que a recorrência da doença tende a manifestar-se de maneira mais precoce e, em muitos casos, com maior gravidade (ACOG, 2020).

Estudos apontam que fatores genéticos e hereditários exercem papel relevante no risco de desenvolvimento da pré-eclâmpsia. Nesse contexto, antecedentes familiares de hipertensão arterial são frequentemente considerados um indicativo indireto de maior suscetibilidade, uma vez que refletem a presença de componentes metabólicos e vasculares compartilhados. No presente estudo, verificou-se que 62% das gestantes relataram história familiar positiva para hipertensão, configurando um percentual elevado e sugerindo que a predisposição familiar para alterações hipertensivas é uma característica marcante da população analisada (Silva, 2024).

Embora alguns estudos sugiram que o sexo fetal possa influenciar determinados padrões de apresentação da pré-eclâmpsia grave entre gestantes de fetos femininos esse ainda não é considerado um fator de risco amplamente estabelecido na literatura. No presente estudo, observou-se uma predominância de fetos do sexo feminino (60%), o que pode ter contribuído de maneira discreta para o perfil clínico encontrado; contudo, trata-se de um aspecto

complementar e não determinante na avaliação global do risco para pré-eclâmpsia (Taylor, 2018).

A predominância de cesarianas encontrada neste estudo, atingindo 94% dos casos, é compatível com o comportamento clínico documentado em populações com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave. Estudos multicêntricos com gestantes acometidas pela forma grave da doença demonstram consistentemente que a taxa de cesariana costuma ser elevada, o que reflete a necessidade premente de intervenção rápida diante do risco materno-fetal agudamente aumentado (Wu, 2021).

Além disso, esses trabalhos indicam que o parto cesariano, quando comparado ao parto vaginal, está associado a menor mortalidade perinatal, sem que haja um aumento significativo nas complicações maternas. Desse modo, a taxa alta observada nesta pesquisa pode refletir a extrema severidade clínica das gestantes atendidas, justificando a adoção de uma via de parto que, segundo a literatura recente, tende a oferecer melhores resultados neonatais diante de comprometimento hemodinâmico materno e insuficiência placentária (Wu, 2021).

A necessidade de intervenção está diretamente refletida na idade gestacional no momento do parto, sendo este um fator crucial que determina os riscos imediatos para a saúde materna e fetal. Os resultados da pesquisa demonstram que, embora a maior concentração de partos tenha ocorrido no período entre 37 e 40 semanas, representando 58% dos casos, o parto abaixo de 37 semanas totalizou 40%, com uma prevalência de 36% concentrada entre 32 e 36 semanas. Esta distribuição numérica ilustra o dilema clínico imposto pela condição, a alta incidência de parto prematuro é um risco associado a pré-eclâmpsia grave (Brasil, 2024).

A taxa de 40% de partos pré-termo (abaixo de 37 semanas) confirma que a pré-eclâmpsia grave é um fator significativo para a prematuridade, onde o parto nessas idades gestacionais é frequentemente necessário para preservar a saúde materna. Este achado reforça que a complicação impõe uma ameaça constante até o final da gravidez, demandando vigilância e intervenção ativa para mitigar o risco de desfechos adversos (Brasil, 2024).

A pré-eclâmpsia grave é cientificamente reconhecida como um fator de risco significativo para o óbito neonatal, uma vez que as complicações associadas à doença impactam diretamente a saúde e a sobrevivência do feto e do recém-nascido. Estudos científicos sustentam essa relação ao detalhar que a condição leva frequentemente ao parto prematuro, o que acarreta complicações neonatais relacionadas à prematuridade, como dificuldades respiratórias. Além disso, a pré-eclâmpsia pode causar restrição do crescimento fetal, um fator de risco para mortalidade neonatal (Brasil, 2024). Contudo, no contexto da amostra estudada, apesar do risco

documentado, os resultados indicam uma baixa taxa de óbito neonatal, onde apenas 4% resultaram em óbito.

O tempo de internação é um indicador clínico direto da severidade da pré-eclâmpsia grave e do acompanhamento intensivo exigido, uma vez que a hospitalização é a conduta para monitoramento e controle rigoroso da pressão arterial. Os resultados da pesquisa demonstram que a maioria dos casos 58% apresentou um tempo de internação concentrado entre 3 e 6 dias, sendo este período condizente com a estabilização, o parto e o monitoramento puerperal imediato (Brasil, 2024).

Contudo, a análise desta pesquisa revela a existência de um percentual significativo de internações prolongadas, sendo 26% acima de 7 dias, incluindo 16% com permanência entre 11 e 14 dias e 6% com mais de 27 dias. Cientificamente, estudos apontam que a pré-eclâmpsia grave está associada a complicações maternas agudas. A permanência hospitalar estendida encontrada na amostra correlaciona-se, portanto, à necessidade de tratamento e recuperação de morbidades graves (Brasil, 2024).

Tabela 2 – Distribuição das variáveis clínicas e antropométricas de desfechos perinatais dos neonatos da UTI neonatal do Instituto Cândida Vargas do ano de 2024. João Pessoa, 2025.

Variável	n	%
Comprimento		
<30	0	0%
≥30	48	100%
Perímetro Cefálico		
<35	24	50%
≥35	24	50%
Coloração da Pele		
Rosada	40	83%
Pálida	3	6%
Cianótica	5	10%
Moteada	0	0%
Icterícia		
Sim	2	4%
Não	46	96%
SpO2		
≤95%	48	100%
Temperatura		
≤37°C	48	100%
Glicemia		
≤100	48	100%
TOTAL	48	100%

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa, 2025.

Em relação ao comprimento dos neonatos, aqueles com menos de 30 cm representaram 0% (0) dos casos, enquanto os com comprimento igual ou superior a 30 cm totalizaram 100% (48). O perímetro cefálico apresentou distribuição igualitária: valores inferiores a 35 cm corresponderam a 50% (24) dos neonatos, e valores iguais ou superiores a 35 cm também corresponderam a 50% (24).

A coloração da pele apresentou a seguinte distribuição: rosada em 83% (40) dos neonatos; pálida em 6% (3); cianótica em 10% (5); e moteada em 0% (0). Quanto à presença de icterícia, 4% (2) dos neonatos apresentaram a condição, enquanto 96% (46) não a apresentaram.

A saturação periférica de oxigênio (SpO_2) foi registrada em valores $\leq 95\%$ para 100% (48) dos casos. Em relação à temperatura corporal, todos os neonatos 100% (48) apresentaram valores $\leq 37^\circ C$. Por fim, a glicemia também foi registrada em valores ≤ 100 mg/dL em 100% (48) dos neonatos.

No presente estudo, todos os recém-nascidos 100% apresentaram comprimento ≥ 30 cm, indicando ausência de restrição linear importante. Embora a pré-eclâmpsia grave esteja frequentemente associada à restrição de crescimento fetal, especialmente quando há insuficiência placentária. No entanto, este estudo demonstrou que essa restrição não ocorreu nas amostras colhidas (Atamamen, 2022).

No presente estudo, observou-se que 50% dos neonatos apresentaram perímetro cefálico ≤ 35 cm, enquanto 50% apresentaram valores ≥ 35 cm. Essa distribuição é compatível com o esperado para recém-nascidos pré-termo ou pequenos para a idade gestacional. Estudos demonstram que a doença hipertensiva da gestação aumenta a probabilidade de restrição de crescimento fetal, incluindo redução do perímetro cefálico, especialmente em casos de pré-eclâmpsia grave. Assim, a predominância de PC ≤ 35 cm em metade da amostra reforça o impacto dessa condição materna sobre o desenvolvimento fetal (Atamamen, 2022).

A coloração da pele indicou que 10% dos neonatos apresentaram cianose e 6% palidez, achados compatíveis com hipóxia perinatal decorrente da disfunção placentária típica da pré-eclâmpsia grave. Estudos populacionais apontam que neonatos expostos a essa condição têm maior risco de sofrimento fetal, necessidade de intervenção respiratória imediata e instabilidade ao nascimento, o que se manifesta inicialmente por alterações de perfusão e oxigenação cutânea (Maigné, 2023).

No presente estudo, apenas 4% dos recém-nascidos apresentaram icterícia, percentual considerado baixo. A icterícia neonatal está mais relacionada à imaturidade hepática. Da mesma

forma, estudos brasileiros reforçam que a icterícia não é um desfecho típico relacionado à pré-eclâmpsia, o que justifica a baixa prevalência observada neste estudo (Cunha, 2025).

No que diz respeito à saturação, observou-se que todos os neonatos apresentaram valores $\leq 95\%$, parâmetro que permanece dentro do esperado para o período inicial de adaptação pós-natal. Evidências mostram que saturações entre 88% e 95% são consideradas fisiológicas nos primeiros minutos e horas de vida, os achados deste estudo indicam que a SpO_2 dos recém-nascidos não sofreram alteração significativa associada à pré-eclâmpsia grave, mantendo-se dentro dos padrões normais descritos na literatura (Rezende, 2018).

A temperatura corporal dos recém-nascidos manteve-se $\leq 37^\circ C$ em 100% da amostra, achado compatível com o intervalo fisiológico normal para neonatos. Segundo o Ministério da Saúde, manter a normotermia é fundamental para reduzir riscos metabólicos, respiratórios e infecciosos no período neonatal, e valores dentro desse intervalo indicam adequada estabilidade térmica logo após o nascimento. Assim, mesmo em um contexto de pré-eclâmpsia grave, a temperatura não sofreu impacto negativo imediato (Ministério da Saúde, 2014).

No presente estudo, todos os recém-nascidos apresentaram glicemia ≤ 100 mg/dL, valor que se mantém dentro da faixa considerada normal para as primeiras horas de vida. A literatura brasileira descreve como normais níveis entre 45 e 125 mg/dL em recém-nascidos clinicamente estáveis. Dessa forma, os achados indicam que, apesar da exposição materna à pré-eclâmpsia grave, não houve repercussão glicêmica imediata nos neonatos avaliados (Marinho, 2020).

Gráfico 1 - Distribuição dos Desfechos de Vitalidade Fetal/Neonatal em Recém-Nascidos de Mães com Pré-eclâmpsia Grave da UTI neonatal do Instituto Cândida Vargas do ano de 2024. João Pessoa, 2025.



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa, 2025.

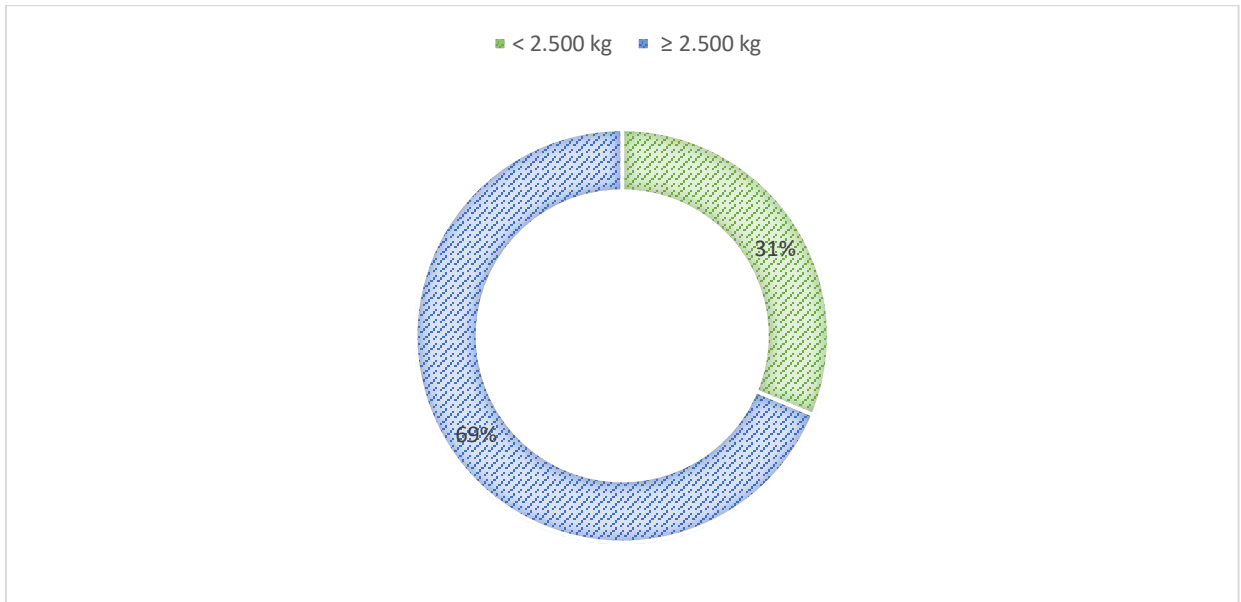
A análise dos 50 desfechos perinatais investigados evidenciou que a vasta maioria dos casos resultou em Nascido vivo, atingindo uma expressiva taxa de 96% (48). Nos indicadores de mortalidade perinatal, as ocorrências foram residuais. Especificamente, o Óbito fetal foi identificado em apenas 4% (2) dos eventos. Não houve qualquer registro de Óbito neonatal precoce, correspondendo, portanto, a 0% (0) da totalidade da amostra.

A elevada proporção de nascidos vivos 96% observada no presente estudo reflete o impacto positivo do manejo adequado da pré-eclâmpsia grave em serviços especializados. Mesmo sendo uma condição associada a alto risco de morbimortalidade perinatal, há evidências de que a detecção precoce, a monitorização materno-fetal e a decisão oportuna pelo término da gestação contribuem para preservar a vitalidade fetal (Febrasgo, 2023).

A taxa de óbito fetal 4%, esse desfecho é explicado pela fisiopatologia da pré-eclâmpsia grave, marcada por intensa disfunção endotelial e insuficiência placentária, condições que reduzem a oferta de oxigênio e nutrientes ao feto e elevam o risco de morte intrauterina. Assim, embora a maioria dos conceptos evolua favoravelmente, o óbito fetal permanece um risco importante nessa população (Rezende, 2020).

A ausência de óbito neonatal precoce 0% observada no estudo constitui um achado favorável, especialmente considerando que gestações complicadas por síndromes hipertensivas como é a pré-eclâmpsia grave que apresentam maior risco devido à imaturidade fisiológica.

Gráfico 2 - Distribuição do Peso ao Nascer em Recém-Nascidos de Mães com Pré-eclâmpsia Grave da UTI neonatal do Instituto Cândida Vargas do ano de 2024. João Pessoa, 2025.



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa, 2025.

No que se refere à distribuição da variável observou-se que a maior parte dos neonatos apresentou peso igual ou superior a 2.500 kg foi predominante, somando 69% (33) da amostra. Em contrapartida, o baixo peso, definido como inferior a 2.500kg, foi identificado em 31% (15) dos casos analisados.

Na presente análise, observou-se que 31% dos recém-nascidos de mães com pré-eclâmpsia grave apresentaram peso inferior a 2.500 kg, achado que aponta a doença como importante fator de risco para restrição de crescimento intrauterino (RCIU). Esse desfecho ocorre devido à disfunção endotelial materna e à consequente redução da perfusão útero-placentária, prejudicando a transferência de nutrientes e oxigênio ao feto, mecanismo diretamente relacionado ao baixo peso ao nascer (Almeida, 2021).

Por outro lado, a predominância de recém-nascidos com peso ≥ 2.500 kg, 69% reforça que nem todas as gestações com pré-eclâmpsia grave evoluem com RCIU, sobretudo quando o pré-natal é bem conduzido (Almeida, 2021).

Tabela 3 – Distribuição das variáveis clínicas e antropométricas dos neonatos do Instituto Cândida Vargas. João Pessoa, 2025.

Variável	n	%
Apgar no 1º Minuto		
< 7	3	6%
≥ 7	45	94%
Apgar no 5º Minuto		
< 7	2	4%
≥ 7	46	96%
Reanimação Neonatal		
Sim	3	6%
Não	45	94%
Morbidades Neonatais		
Ausentes	22	46%
Hipoglicemia	21	44%
Desconforto respiratório	6	13%
Cardiopatias	0	0%
Sífilis congênita	2	4%
Isoimunização	0	0%
Outras:	0	0%
TOTAL	48	100%

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa, 2025.

A avaliação das condições ao nascimento demonstrou que, no Apgar do 1º minuto, valores < 7 foram observados em 6% (3) dos neonatos, enquanto valores ≥ 7 corresponderam a 94% (45). No Apgar do 5º minuto, valores < 7 ocorreram em 4% (2) dos casos, ao passo que valores ≥ 7 foram verificados na maioria dos recém-nascidos, totalizando 96% (46). Quanto à necessidade de reanimação neonatal, 6% (3) dos neonatos necessitaram do procedimento, enquanto 94% (45) não demandaram intervenção. As morbidades neonatais apresentaram a seguinte configuração: ausentes 46% (22); hipoglicemia 44% (21); desconforto respiratório 13% (6); cardiopatias 0% (0); sífilis congênita 4% (2); isoimunização 0% (0); e outras 0% (0).

Na presente amostra, observou-se que 6% dos recém-nascidos apresentaram Apgar < 7 no 1º minuto, indicando depressão inicial leve. Embora a maior parte dos neonatos tenha apresentado Apgar adequado, esse dado demonstra que filhos de mães com pré-eclâmpsia grave apresentam risco aumentado de vitalidade reduzida ao nascer. A hipóxia pré-natal gerada pela insuficiência placentária compromete a transição cardiorrespiratória, podendo resultar em escores mais baixos nos primeiros minutos de vida (Cassiano, 2019).

Os escores de Apgar no 5º minuto permaneceram < 7 em 4% dos casos. Embora proporcionalmente pequeno, esse resultado é relevante, pois o Apgar no 5º minuto é um marcador mais sensível de sofrimento neonatal sustentado. A permanência de escores reduzidos sugere dificuldade na recuperação da vitalidade, frequentemente associada à prematuridade e ao comprometimento hemodinâmico decorrente da pré-eclâmpsia grave (Anselmini, 2018).

A necessidade de reanimação neonatal observada em 6% dos recém-nascidos deste estudo reflete um padrão compatível com os desfechos associados à pré-eclâmpsia grave. A fisiopatologia dessa condição compromete a oxigenação fetal e pode levar à depressão ao nascimento. Esses fatores aumentam a probabilidade de o recém-nascido apresentar tônus reduzido, dificuldade respiratória e bradicardia imediata, o que justifica a maior demanda por intervenções neonatais logo após o parto (Cassiano, 2019).

As morbidades identificadas após o nascimento seguem um padrão clássico associado a pré-eclâmpsia grave. A hipoglicemia neonatal foi um dos achados mais frequentes 44%, que aponta elevada incidência dessa condição frequentemente presentes em gestações complicadas por pré-eclâmpsia grave. O metabolismo imaturo e reservas glicêmicas reduzidas contribuem para esse cenário (Cassiano, 2019).

O desconforto respiratório esteve presente em 13% dos neonatos, o que é compatível com a elevada taxa de prematuridade associada à pré-eclâmpsia grave. A interrupção precoce da gestação, muitas vezes resulta em imaturidade pulmonar, condição que favorece o desenvolvimento da síndrome do desconforto respiratório. Estudos reforçam que a prematuridade é uma das consequências mais relevantes da condição e está diretamente associada ao aumento de morbidades respiratórias (Cassiano, 2019).

A maioria das demais morbidades avaliadas como cardiopatia e isoimunização apresentaram prevalência nula. Esses achados são esperados, pois tais condições não possuem relação causal direta com a pré-eclâmpsia. Já os casos de sífilis congênita 4%, embora relevantes para o cuidado neonatal, representam um fator independente, associado ao manejo de infecções maternas, não à fisiopatologia da pré-eclâmpsia (Febrasgo, 2023).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitiram identificar de maneira clara como a pré-eclâmpsia grave interfere nos desfechos perinatais. Foi possível observar que a condição materna impacta diretamente o neonato, especialmente por meio da prematuridade, do baixo peso ao nascer e da presença de complicações como hipoglicemia e desconforto respiratório. Mesmo diante dessas vulnerabilidades, a maioria dos recém-nascidos apresentou boa vitalidade ao nascer, o que demonstra a importância do acompanhamento especializado e das intervenções oportunas dentro da unidade de cuidado.

Dessa forma, os objetivos propostos foram alcançados, uma vez que conseguimos caracterizar o perfil das gestantes e dos neonatos, assim como identificar as complicações mais frequentes associadas à pré-eclâmpsia grave. Esses achados reforçam o quanto essa síndrome hipertensiva representa um desafio à segurança materno-infantil, evidenciando a necessidade de vigilância constante e assistência qualificada.

Como toda pesquisa, está também apresentou limitações. Por ser um estudo documental, algumas informações dependiam exclusivamente do que estava registrado nos prontuários, o que em alguns casos restringiu a análise. Além disso, o recorte temporal e o tamanho da amostra não permitem generalizações para outros contextos, embora ofereçam um panorama importante da realidade do serviço estudado.

Mesmo com essas limitações, o estudo traz contribuições relevantes para a Enfermagem, especialmente no que diz respeito à assistência ao recém-nascido de risco. Os dados levantados reforçam a importância da atuação do enfermeiro na identificação precoce de alterações, no monitoramento contínuo e na implementação de cuidados que favoreçam a estabilização e a recuperação do neonato.

Diante da complexidade da pré-eclâmpsia grave e das repercussões que ela pode gerar, torna-se fundamental estimular novas pesquisas sobre o tema, ampliando a discussão e buscando estratégias que aprimorem cada vez mais os cuidados prestados. Estudos futuros podem abordar outras variáveis, comparar diferentes serviços e aprofundar aspectos da assistência neonatal, contribuindo para a melhoria contínua da prática profissional e dos resultados materno-infantis.

REFERÊNCIAS

- ACOG – AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Gestational hypertension and preeclampsia*. *Obstetrics & Gynecology*, v. 135, n. 6, p. e237–e260, 2020.
- ALFARO-LEFÈVRE, R. *Aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ALMEIDA, Costa Junior, V. et al. Complicações da pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia na emergência. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, n. 2, p. 2192–2201, 2025.
- ALMEIDA, W. S. et al. Avaliação dos resultados neonatais e fatores associados em gestantes com pré-eclâmpsia grave: uma revisão sistemática. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 2, p. e5799, 2021.
- AMORIM, F. C. M. et al. Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, v. 11, n. 4, p. 1574–1583, 2017.
- ATAMAMEN, T. F. et al. Systematic literature review on the neonatal outcome of preeclampsia. *Pan African Medical Journal*, v. 41, p. 82, 2022.
- BARBOSA, M. E. I. et al. Crise hipertensiva: atuação da enfermagem em uma unidade de emergência. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 5, n. 3, p. 11747–11757, 2022.
- BRASIL. Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre princípios, diretrizes e regras para a condução de pesquisas com seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 maio 2024.
- BRASIL, G. D. et al. Impacto da pré-eclâmpsia grave na saúde materna e fetal. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 2, p. 803–812, 2024.
- CASSIANO, A. et al. Desfechos neonatais na pré-eclâmpsia. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, v. 17, n. 47, p. 55–69, 2020.
- COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução nº 564, de 6 de dezembro de 2017*. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2017.
- CORTINHAS, A. B. B. et al. Pré-eclâmpsia e mortalidade materna. *Revista Caderno de Medicina*, v. 2, n. 1, p. 63–73, 2019.
- CUNHA, V. O. B. Icterícia neonatal. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 11, n. 3, p. 753–760, 2025.
- GEBAUER, D. S. N. et al. Perfil dos pacientes com crise hipertensiva atendidos em uma unidade de pronto atendimento. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 21, e57088, 2022.

- JUNIOR, E. B. L.; OLIVEIRA, G. S.; SANTOS, A. C. O.; SCHNEKENBERG, G. F. Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. *Cadernos da FUCAMP*, v. 20, n. 44, p. 36–51, 2021.
- LEEMAN, L.; DRESANG, L. T.; FONTAINE, P. Hypertensive disorders of pregnancy. *American Family Physician*, v. 93, n. 2, p. 121–127, 2016.
- MAIGNÉ, M.; BROUSSEAU, É.; AUGER, N. Comment on: The association between pre-eclampsia and neonatal complications in relation to gestational age. *Acta Paediatrica*, v. 113, n. 6, p. 1465–1466, 2024.
- MARINHO, L. et al. Adaptação cardiorrespiratória do recém-nascido e parâmetros vitais. *Revista Médica de Minas Gerais*, 2018.
- MARTIN, J. F. V. et al. Perfil de crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 83, n. 2, p. 125–130, 2004.
- NASCIMENTO, S. C. Assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro. 2022. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) – Faculdade Anhanguera, Guarulhos, 2022.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA. Instituto Cândida Vargas realiza cerca de 40 mil atendimentos mensais no ambulatório. João Pessoa, 10 mar. 2025.
- REZENDE, J. et al. Adaptação cardiorrespiratória do recém-nascido e parâmetros vitais normais. *Revista Médica de Minas Gerais*, 2018.
- SIENA, O. et al. *Metodologia da pesquisa científica e elementos para elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos*. Belo Horizonte: Poisson, 2024.
- SILVA, A. C. A. A. A. A suplementação de cálcio na prevenção da pré-eclâmpsia: revisão de literatura. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso – Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo, 2022.
- SILVA, P. L. F. et al. Pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional: implicações materno-fetais e avanços no manejo clínico. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 10, p. 1178–1186, 2024.
- SOUZA, T. M. P. et al. Desfechos neonatais na pré-eclâmpsia: correlação com fatores clínicos e laboratoriais maternos. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, v. 17, n. 47, p. 55–69, 2020.
- TAVARES, A. M. B. et al. Distribution and spatial autocorrelation of maternal mortality from preeclampsia and eclampsia in Brazil. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, v. 15, e11926, 2023.
- TAYLOR, B. D. et al. The impact of female fetal sex on preeclampsia and the maternal immune milieu. *Pregnancy Hypertension*, v. 12, p. 53–57, 2018.
- WU, S. W.; ZHANG, W. Y. Effects of modes and timings of delivery on feto-maternal outcomes in women with severe preeclampsia. *International Journal of General Medicine*, v. 14, p. 9681–9687, 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE PROTEÇÃO DE RISCO E CONFIDENCIALIDADE

Declaro que, ao ser facultado o acesso aos às informações sobre exames, observações de dados pessoais de indivíduo oriundos de documentos relativos a prontuários, julgamentos expressos em questionários, resultados de exames clínicos e laboratoriais e demais instrumentos de natureza documental, pertencentes aos arquivos do Instituto Cândida Vargas com a finalidade específica de coleta de informações para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “Desfechos Perinatais de Gestantes com Pré-eclâmpsia Grave: Estudo Transversal”, desenvolvida pela discente do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE, Maria Fernanda da Conceição, sob orientação da Prof.^a Ms. Amanda Benício da Silva. Será preservada a privacidade e a confidencialidade de tais documentos e dos seus sujeitos.

Declaro, também, que o procedimento proposto, na pesquisa assegura a confidencialidade dos dados e garante a privacidade dos sujeitos, bem como a proteção da sua imagem, impedindo o estigma e a utilização das informações em prejuízo de terceiros e da comunidade. Preservando, ainda, a autoestima e o prestígio dos envolvidos, tudo utilizando, apenas, para os fins propostos na pesquisa.

A pesquisa envolve risco mínimo, limitado à possibilidade de identificação dos sujeitos, trará benefícios relevantes, como a produção de conhecimento científico e a possibilidade de aprimorar a assistência da enfermagem aos neonatos.

Todo o referido é verdade.

João Pessoa – PB, ___ de _____ de 2025.

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura do participante da pesquisa/Testemunha

¹Pesquisadora Responsável:

²Endereço do CEP: Frei Galvão, 12 Gramame - João Pessoa. CEP 58064-000 – Paraíba.
Fone/Fax: (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B

Solicitação de Isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Referência: Desfechos Perinatais de Gestantes com Pré-eclâmpsia Grave: Estudo Transversal

Pesquisador Responsável: Amanda Benício da Silva

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança
– FACENE/FAMENE.

Vimos por meio deste documento solicitar a dispensa de obtenção de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o estudo intitulado “Desfechos Perinatais de Gestantes com Pré-eclâmpsia Grave: Estudo Transversal”, proposto por Maria Fernanda da Conceição e Amanda Benício da Silva. A dispensa do uso de TCLE se fundamenta: **I)** por ser um estudo observacional, analítico ou descritivo retrospectivo, que empregará apenas informações de prontuários médicos, sistemas de informação institucionais e/ou demais fontes de dados e informações clínicas disponíveis na instituição sem previsão de utilização de material biológico; **II)** porque todos os dados serão manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa; **III)** porque os resultados decorrentes do estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes, e **IV)** porque se trata de um estudo não intervencionista (sem intervenções clínicas) e sem alterações/influências na rotina/tratamento do participante de pesquisa, e conseqüentemente sem adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos mesmos. O investigador principal e demais colaboradores envolvidos no estudo acima se comprometem, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste, apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS N° 14.874/24, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados. A presente solicitação está em conformidade com o previsto no **Item IV.8 da Resolução CNS n° 466/2012**.

João Pessoa – PB, ____ de ____ de 2025.

Assinatura da pesquisadora responsável

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PARTE 01 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

DADOS DO NEONATO	
1. SEXO:	
Masculino ()	
Feminino ()	
2.DATA DE NASCIMENTO: _____	
3.PERÍODO DE INTERNAÇÃO: _____	
4.IDADE GESTACIONAL:	
< 28 semanas ()	
Entre 29 e 31 semanas ()	
Entre 32 e 36 semanas ()	
5.TIPO DE PARTO:	
Vaginal ()	
Cesária ()	
6.ÓBITO NEONATAL:	
Sim ()	
Não ()	
DADOS MATERNOS	
1.IDADE:	
() Menor de 14 anos	() 15 a 19 anos
() 20 a 25 anos	() 26 a 35 anos
() 36 a 45 anos	() 46 anos ou mais
2.HISTÓRICO OBSTÉTRICO:	
1 Gestação	2 Gestação
3 Gestação	4 Gestação
5 Gestação	6 Gestação ou mais
3.ABORTO:	
01	02
03	04
05	06 ou mais
4.HISTÓRICO DE PRÉ-ECLAMPSIA:	
Sim ()	
Não ()	
5.HISTÓRIA FAMILIAR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL:	
Sim ()	
Não ()	

PARTE 02 – QUESTÕES REFERENTES AO TEMA DO ESTUDO

1.VITALIDADE FETAL
Nascido vivo ()
Óbito fetal ()
Óbito neonatal precoce ()
2.PESO
< 2.500 kg ()
≥ 2.500 kg ()
3.COMPRIMENTO
< 30 cm ()
≥ 30 cm ()
4.PERÍMETRO CEFÁLICO
< 35 cm ()
≥ 35 cm ()
5. APGAR NO 1º MINUTO
<7 ()
≥7 ()
6.APGAR NO 5º MINUTO
<7 ()
≥7 ()
7.COLORAÇÃO DA PELE
Rosada ()
Pálida ()
Cianótica ()
Moteada ()
8.ICTERÍCIA
Sim ()
Não ()
9.SpO₂

≤ 95% ()
10.TEMPERATURA
≤ 37 °C ()
11.GLICEMIA
≤ 100 ()
12.REANIMAÇÃO NEONATAL
Sim ()
Não ()
13.MORBIDADES NEONATAIS
Ausente ()
Hipoglicemia ()
Desconforto respiratório ()
Cardiopatía ()
Sífilis congênita ()
Isoimunização ()
Outras: