



## CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA PARTURIENTE COM PRÉ-ECLÂMPRIA

### SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PARTURIENTS WITH PREECLAMPSIA

#### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA PARTURIENTA CON PREECLAMPSIA

José Francisco Ribeiro<sup>1</sup>, Cleidimar Oliveira Rodrigues<sup>2</sup>, Vanessa oliveira Rodrigues Bezerra<sup>3</sup>, Maria do Socorro de Almeida Chaves Soares<sup>4</sup>, Paulo Germano Sousa<sup>5</sup>.

#### RESUMO

**Objetivo:** analisar o perfil sociodemográfico e clínico da parturiente com pré-eclâmpsia de uma maternidade pública. **Método:** estudo prospectivo, descritivo, de delineamento transversal com abordagem quantitativa, constituído de 372 parturientes diagnosticadas com pré-eclâmpsia. Os dados foram coletados entre agosto e setembro de 2013, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo nº 458.688/13. **Resultados:** a idade média das parturientes foi de 26,2 anos. Houve predominância de: raça/cor parda (70,2%); solteiras (43,01%); ensino médio completo (31,2%); idade gestacional em que descobriram pressão arterial elevada de 29,6 anos (27,4-31,8); encaminhadas ao pré-natal de alto risco (45,2%); pressão arterial de 15 x 8-16 x 12 (51,3%); detecção da pressão arterial elevada na consulta de pré-natal (54,6%); e pré-eclâmpsia grave (82%). **Conclusão:** as parturientes eram adultas jovens, solteiras, com ensino médio completo, ocupação "do lar"; hipertensão arterial detectada no pré-natal; pré-eclâmpsia grave; e encaminhamento reduzido ao pré-natal de alto risco. **Descritores:** Pré-Eclâmpsia; Gravidez de Alto Risco; Perfil de Saúde; Hipertensão Induzida por Gravidez.

#### ABSTRACT

**Objective:** to assess the sociodemographic and clinical profile of parturients with preeclampsia in a public maternity ward. **Method:** prospective, descriptive and cross-sectional study with a quantitative approach conducted with 372 parturients diagnosed with preeclampsia. The data were collected between August and September 2013, after the project being approved by the Research Ethics Committee, Protocol No. 458.688/13. **Results:** the average age of the parturients was 26.2 years, there was a predominance of: mixed race (70.2%); singles (43.01%); complete secondary education (31.2%); gestational age at which high blood pressure was discovered of 29.6 years (27.4 -31.8); patients referred to high-risk prenatal care (45.2%); blood pressure of 15 x 8 - 16 x 12 (51.3%); detection of high blood pressure in the prenatal consultation (54.6%); and severe preeclampsia (82%). **Conclusion:** the parturients were young adults, single, with complete secondary education, with hypertension detected during prenatal care, severe preeclampsia and reduced referral to high-risk prenatal care. **Descriptors:** Preeclampsia; High-Risk Pregnancy; Health Profile; Pregnancy-Induced Hypertension.

#### RESUMEN

**Objetivo:** analizar el perfil sociodemográfico y clínico de la parturienta con preeclampsia en una maternidad pública. **Método:** estudio prospectivo, descriptivo, transversal con un enfoque cuantitativo, llevado a cabo con 372 parturientas diagnosticadas con preeclampsia. Los datos fueron recogidos entre agosto y septiembre de 2013, después de la aprobación del proyecto por la Comisión de Ética en Investigación, Protocolo N° 458.688/13. **Resultados:** la edad promedio de las parturientas fue de 26,2 años, hubo un predominio de: raza mestiza (70,2%); solteras (43,01%); enseñanza secundaria completa (31,2%); edad gestacional en que descubrieron hipertensión arterial elevada de 29,6 años (27,4-31,8); remisión al cuidado prenatal de alto riesgo (45,2%); presión de 15 x 8-16 x 12 (51,3%); detección de hipertensión arterial elevada en la consulta prenatal (54,6%); y preeclampsia grave (82%). **Conclusión:** las parturientas eran adultas jóvenes, solteras, con enseñanza secundaria completa, amas de casa, con hipertensión arterial detectada en el cuidado prenatal, preeclampsia grave y reducida remisión al cuidado prenatal de alto riesgo. **Descriptor:** Preeclampsia; Embarazo de Alto Riesgo; Perfil de Salud; Hipertensión Inducida por el Embarazo.

<sup>1</sup>Enfermeiro Obstetra, Maternidade Dona Evangelina Rosa em Teresina, Professor Mestre, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Piauí - Campus Faculdade de Ciências Médicas/UESPI/CCS/FACIME. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [jotafribeiro@yahoo.com.br](mailto:jotafribeiro@yahoo.com.br); <sup>2</sup>Enfermeira egressa, Faculdade Santo Agostinho. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [cleideomarliveira@hotmail.com](mailto:cleideomarliveira@hotmail.com); <sup>3</sup>Enfermeira egressa, Faculdade Santo Agostinho. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [van.fly@hotmail.com](mailto:van.fly@hotmail.com); <sup>4</sup>Enfermeira egressa, Faculdade Santo Agostinho. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [socorrochaves.le@hotmail.com](mailto:socorrochaves.le@hotmail.com); <sup>5</sup>Estatístico, Técnico da Fundação Municipal de Saúde de Teresina. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [germanoconsultoriaestatistica@yahoo.com.br](mailto:germanoconsultoriaestatistica@yahoo.com.br)

## INTRODUÇÃO

As estatísticas mostram elevado número de mulheres com síndromes hipertensivas da gravidez (SHG), que têm destaque entre as principais causas de morbimortalidade materna em todo o mundo. A SHG constitui um grave problema de saúde pública no Brasil, alertando os gestores de saúde para a implementação de políticas de saúde mais ajustadas a essa clientela.

A pré-eclâmpsia (PE) é uma síndrome de muitos fatores e complexidade de origem ainda não instituída cuja manifestação encontra-se em cerca de 5 a 7% das gestações no mundo. Sua manifestação clínica, com surgimento de sintomas no curso da gestação e a gravidade para mãe e filho, é variável.<sup>1</sup>

O diagnóstico da PE é realizado por volta da 20ª semana de gestação ou nos primeiros dias do puerpério. Tem como característica o desenvolvimento de hipertensão arterial, ou seja, pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg, pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg e excreção urinária de 0,3 g de proteína ou mais em 24 horas. Grande maioria dos diagnósticos é realizado na ultima fase da gestação, estabelecendo a gravidade da doença com a precocidade das manifestações clínicas.<sup>2</sup>

Estudos realizados no Brasil revelam que cerca de 10% das gestações progredem para as SHG em que a PE tem se destacado em incidência. Esta, somada às demais desordens hipertensivas, tem sido responsabilizada por óbitos maternos e fetais, principalmente nas regiões nordeste e centro oeste do país.<sup>3</sup>

Como doença sistêmica, a PE é caracterizada por apresentar intensa resposta inflamatória, lesão endotelial, agregação plaquetária, ativação do sistema de coagulação e aumento da resistência vascular generalizada. Como resultado, todos os órgãos são expostos aos efeitos da PE. Nos rins é comum encontrar a glomeruloendoteliose, embora outras gestantes possam aparentar outro tipo de lesão, como a glomeruloesclerose segmentar focal. Nos pulmões, a paciente pré-eclâmpica pode cursar com edema pulmonar. O dano vascular hepático, relacionado ao consumo exagerado de plaquetas e à hemólise sistêmica, caracteriza o quadro da síndrome HELLP (do inglês *hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets*), que eleva a altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal clínicas.<sup>2</sup>

A PE tem sido evidenciada como um grande problema de saúde pública e a principal causa de mortalidade materna nos países

desenvolvidos. Calcula-se que no mundo, anualmente, pelo menos 50.000 mulheres vão a óbito em consequência dessa doença ou de suas complicações.<sup>3</sup>

Em Teresina, Estado do Piauí, um estudo realizado no ano de 2012 em uma instituição pública de referencia para o estado estudou uma amostra de 396 partos cesáreos obtida a partir de uma população de 38.715 mulheres cesareadas com registro em banco de dados no período de 2007 a 2012. Os autores observaram que acima de 20% dos partos cesarianos haviam tido como indicação a hipertensão arterial na gestação.<sup>4</sup>

A incidência da SHG é marcada por grandes variações na literatura. Acredita-se que tais variações percentuais se devam em parte à falta de consenso dos critérios de diagnósticos. A Organização Mundial de saúde (OMS) acrescenta como principais causas predisponentes: fatores de riscos; fatores clínicos; e fatores epidemiológicos, ao tempo que coloca fatores étnicos, ambientais e socioeconômicos como pontos fortes sobre a incidência da doença.<sup>5-6</sup> O presente estudo tem como objetivo:

- ♦ Analisar o perfil sociodemográfico e clinico da parturiente com pré-eclâmpsia de uma maternidade pública.

## MÉTODO

O presente artigo foi extraído da Monografia de Especialização intitulada "Caracterização sociodemográfica e clinica da parturiente com pré-eclâmpsia em Teresina/PI", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde da Universidade Estadual do Piauí, Campus Faculdade de Ciências Médicas, Teresina, Estado do Piauí.

Trata-se de um estudo de natureza observacional descritiva, com delineamento transversal e fundamentado na abordagem quantitativa.<sup>8</sup> Foi realizado em uma maternidade pública de referencia do Estado do Piauí, localizada na região sul da cidade de Teresina. A amostra foi obtida a partir de uma população de 5.185 parturientes com diagnostico de PE no período de primeiro de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2012, constituindo uma amostra de 372 parturientes, calculada com precisão de 5% e intervalo de confiança de 95%.

O critério de inclusão adotado foi parturientes admitidas e internadas para tratamento clinico de PE, conforme classificação em PE leve e PE grave. Os critérios de exclusão foram mulheres que apresentassem intercorrências clínicas no

momento da coleta de dados (cardiopatas, nefropatas, diabetes e pico hipertensivo, entre outras) ou com alguma limitação cognitiva e mental (dificuldade de compreensão e expressão verbal), que impossibilitassem a participação no estudo.

Os dados foram tabulados no software SPSS versão 20.0, apresentados em tabelas de frequência e porcentagem para representar as variáveis qualitativas e medidas de tendência central (média e mediana) para quantitativas. Utilizou-se um intervalo de confiança de 95% nas estimativas realizadas ou ainda valores máximos e mínimos, conforme a característica da variável.

O estudo respeitou a confidencialidade e o anonimato dos sujeitos de acordo com a Resolução nº 466/12, em que é requisitada à autorização da instituição por meio de solicitação de autorização institucional. A

pesquisa foi encaminhada e registrada na Plataforma Brasil do Sistema Nacional de Ética e Pesquisa (SISNEP), sendo aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital São Marcos, Associação Piauiense de Combate ao Câncer (HSM/APCC), de acordo com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE<sup>9</sup> nº 20042713500005209, recebendo parecer favorável com o Protocolo nº 458.688/13.

## RESULTADOS

Analisaram-se 372 parturientes com diagnóstico de pré-eclâmpsia.

**Tabela 1.** Distribuição sociodemográfica das parturientes com diagnóstico de pré-eclâmpsia. Teresina, PI, 2014.

Variáveis	n	%	Média (IC 95%)*	Mediana	Min-Max
<b>Idade</b>	372	100,0	26,2 (23,9-28,5)	28	13-45
<b>Raça/cor</b>		-	-	-	-
Parda	261	70,2	-	-	-
Preta	70	18,8	-	-	-
Branca	41	11,0	-	-	-
<b>Estado civil</b>		-	-	-	-
Solteira	160	43,01	-	-	-
União consensual/estável	106	28,49	-	-	-
Outras	1	0,27	-	-	-
<b>Origem</b>		-	-	-	-
Piauí	329	88,4	-	-	-
Maranhão	43	11,6	-	-	-
<b>Escolaridade</b>		-	-	-	-
Analfabeta	1	0,3	-	-	-
Ens. Fund. incompleto	66	17,7	-	-	-
Ens. Fund. completo	105	28,2	-	-	-
Ens. Médio incompleto	57	15,3	-	-	-
Ens. Médio completo	116	31,2	-	-	-
Ens. Sup. incompleto	11	2,96	-	-	-
Ens. Sup. completo	13	3,5	-	-	-
Ignorado	3	0,8	-	-	-
<b>Renda familiar</b>		-	-	-	-
Até 1 sal. mínimo	145	39	-	-	-
De 1 a 3 sal. mínimos	169	45,4	-	-	-
De 3 a 5 sal. mínimos.	39	10,5	-	-	-
Mais de 5 sal. mínimos	2	0,5	-	-	-
Ignorado	17	4,6	-	-	-
<b>Religião</b>		-	-	-	-
Católica	310	83,3	-	-	-
Espírita	6	1,6	-	-	-
Evangélica	38	10,2	-	-	-
Protestante	1	0,3	-	-	-
Umbanda	1	0,3	-	-	-
Nenhuma	16	4,3	-	-	-
<b>Profissão</b>		-	-	-	-
Do lar	186	50	-	-	-
Estudante	45	12,1	-	-	-

Trab. rural	42	11,3	-	-	-
Professora	11	3,0	-	-	-
Empregada doméstica	8	2,2	-	-	-
Comerciante	9	2,4	-	-	-
Cabelereira	6	1,6	-	-	-
Lavadora	22	3	-	-	-
Tec. enfermagem	4	1,1	-	-	-
Outras	39	10,5	-	-	-

\*Intervalo de 95% de confiança para verdadeira média.

Tabela 2. Caracterização clínica das parturientes com diagnóstico de pré-eclâmpsia. Teresina, PI, 2014.

Variáveis	n	%	Média (IC 95%)*	Mediana	Min-Max
Idade da menarca	372	100	10,2 (8,9-11,5)	9,6	9-19
Nº de gestações	372	100	2,5 (2,1-2,9)	2,2	1-10
Nº de partos normais	372	100	1,1 (0,9-1,3)	0,6	0-8
Nº de partos cesáreos	372	100	0,8 (0,6-1)	0,6	0-5
Nº de filhos vivos	372	100	1,4 (1,2-1,6)	0,8	0-7
Nº de abortos	372	100	0,7 (0,5-0,9)	0,5	0-4
Idade gestacional	372	100	36,6 (32,8-40,4)	38	6-42
Nº de consultas de pré-natal	372	100	6,1 (5-7,2)	5,3	0-11
Encaminha ao pré-natal de alto risco	-	-	-	-	-
Sim	168	45,2	-	-	-
Não	204	54,8	-	-	-
Peso	372	100	77,4 (69,3-85,5)	77	40-110
Altura	372	100	1,53 (1,49-1,57)	1,52	1-1,75
Índice de massa corporal (IMC)	372	100	32,4 (30,1-34,7)	31	16-62
Pressão arterial	-	-	-	-	-
De 11 x 7 a 14 x 12	135	36,3	-	-	-
De 15 x 8 a 16 x 12	191	51,3	-	-	-
De 17 x 10 a 18 x 13	37	10	-	-	-
Mais de 19 x 10	9	2,4	-	-	-
Semanas que descobriu que a pressão estava alta	372	100	29,6 (27,4-31,8)	33	0-40
Onde descobriu que a pressão estava elevada	-	-	-	-	-
Hospital	30	8,06	-	-	-
Maternidade	133	35,8	-	-	-
Consulta pré-natal	203	54,6	-	-	-
Consulta no Programa Saúde da Família	4	1,1	-	-	-
Sala de parto	2	0,5	-	-	-
Classificação da pré-eclâmpsia	-	-	-	-	-
Moderada	14	3,8	-	-	-
Leve	38	10,2	-	-	-
Grave	305	82	-	-	-
Outras	15	4	-	-	-

\*Intervalo de 95% de confiança para verdadeira média.

## DISCUSSÃO

Em gestações de alto risco deve ser levada em consideração a idade inferior a 15 anos e/ou superior a 35 anos. De acordo com o censo de 2010, 6% da população geral de 10 anos e mais representa a taxa de fecundidade.<sup>10</sup> A variação na faixa etária encontrada no presente estudo é semelhante à de um estudo realizado em Taubaté, Estado de São Paulo, em uma população composta de 115 puérperas com PE no período de 2009 a 2010. Nesse estudo foi detectado que a faixa etária mais acometida por essa doença estava compreendida entre os respectivos valores de mínimo 13 anos e máximo de 46 anos de idade, o grupo com maior exposição havia sido de 21 a 35 anos e a média equivalente a 27,64

anos de idade, consideravelmente propícia para a fertilidade.<sup>11</sup>

Em um estudo realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), no período de 2000 a 2010, os pesquisadores observaram que 71,4% de mulheres com PE nas formas leve e grave haviam tido manifestação da doença na cor não branca (cor parda e preta), dado que corrobora os achados no presente estudo.<sup>1</sup> No Piauí, as raças parda e negra representam respectivamente 6% e 7% da população geral. Esses dados estão de acordo com o grande contingente de munícipes dessa etnia.<sup>13</sup>

Analisando o grau de escolaridade, foi detectado no nordeste brasileiro um resultado similar ao do presente estudo. Observou-se que, na população estudada, aproximadamente 45,5% das mulheres com PE

Ribeiro JF, Rodrigues CO, Bezerra VOR et al.

Caracterização sociodemográfica e clínica da...

tinham cerca de 11 anos de estudo, o que corresponde ao ensino médio completo.<sup>13</sup> Atualmente, o Piauí possui apenas 6% da população de mulheres acima de 10 anos e de cor parda com o ensino fundamental completo e ensino médio incompleto.<sup>10-4</sup>

Em um estudo envolvendo 204 gestantes matriculadas em ambulatório de pré-natal em uma maternidade pública, no período de 2007 a 2008, em uma capital do nordeste, os pesquisadores encontraram que 50,9% da amostra não possuíam ocupação remunerada (do lar), algo semelhante ao encontrado no presente estudo.<sup>15</sup> Em estudos realizados no Brasil tem-se observado um crescente número de mulheres que possuem atividades trabalhistas estritamente em casa, como aqui presenciado. Nesse caso, pode-se acrescentar que o baixo nível de relações pessoais é evidente e isso pode ser um fator constituinte ou dificultador na busca de cuidados à saúde.<sup>16</sup>

Analisando a renda familiar, pode-se afirmar que mulheres que desenvolvem atividade trabalhista fora do lar apresentam proporções mais elevadas de atitudes adequadas em relação aos cuidados gestacionais.<sup>16</sup> Outra possibilidade é que as mulheres que trabalham fora de casa detêm mais informações advindas de contatos com outras parturientes, o que pode sensibilizá-las quanto às práticas preventivas de saúde.<sup>4</sup>

No estado do Piauí, em 2006, foi realizada uma pesquisa qualitativa com doze participantes sobre a assistência de enfermagem na opinião das mulheres com PE. Foi encontrado que 58% das entrevistadas eram “do lar” e 9% empregadas domésticas, dados semelhantes atualmente observados.<sup>15</sup>

Com relação ao credo religioso, o Estado do Piauí possui 7% da população geral de católicos, o que corresponde a 8.063 pessoas.<sup>14</sup> Atualmente, as práticas de alívio da dor na condução do parto normal humanizado têm sido muito comentadas na obstetrícia, em que a religião católica é consideravelmente representativa através da figura da parteira leiga. Acredita-se que a religião tem força cultural e antropológica muito forte na forma de como gestar e nascer.

De acordo com os dados clínicos, foi possível observar uma relação muito próxima de uma pesquisa em que os autores, por meio da análise secundária do perfil epidemiológico e da evolução clínica de puérperas com PE grave, incluídas em um estudo observacional do tipo coorte realizado no Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP) no Recife, Região Nordeste do Brasil, obtiveram os seguintes dados: das 154 mulheres incluídas

no estudo, 64,9% eram primíparas e, entre essas, sete haviam referido história prévia de abortamento; 59,7% haviam apresentado idade gestacional inferior a 37 semanas; e o parto vaginal havia ocorrido em 20,1%, enquanto que o parto obstétrico acontecera em 79,9%.<sup>13</sup>

Quanto ao número de consultas de pré-natal em um estudo realizado no Paraná, os autores verificaram que 57,1% das gestantes haviam realizado o pré-natal com seis ou mais consultas – dados semelhantes aos do presente estudo – e 8,9% não haviam tido acompanhamento por profissionais de saúde durante a gestação.<sup>15</sup> Nesse estudo foi observado um grande percentual de mulheres que não haviam sido referenciadas para os atendimentos de pré-natal de alto risco, embora o município oferecesse o serviço de referencia para esse tipo de atendimento.

Para a avaliação do estado nutricional (sobrepeso e obesidade), as parturientes foram agrupadas conforme com o índice de massa corporal (IMC) obtido, utilizando-se os pontos de corte recomendados pela Organização Mundial de Saúde que considera baixo peso o  $IMC < 18,4 \text{ kg/m}^2$ , peso adequado para o IMC variando de  $18,5 \text{ kg/m}^2$  a  $24,9 \text{ kg/m}^2$ , sobrepeso o IMC de  $25 \text{ kg/m}^2$  a  $29,9 \text{ kg/m}^2$  e obesidade para os valores a partir de  $30 \text{ kg/m}^2$ , o que está de acordo com o IMC encontrado no presente estudo.<sup>13</sup>

Em um estudo realizado em Natal, Estado do Rio Grande do Norte, os pesquisadores encontraram dados semelhantes a esse estudo, ou seja, observaram que em um grupo de 311 mulheres com PE o IMC havia sido igual à média de  $30,68 \text{ kg/m}^2$  ( $DP \pm 10,85$ ), i.e., uma classificação compatível com obesidade.

Ainda de acordo com a Tabela 2, foi observado em um estudo realizado por Reis et al. (2010) que a pressão arterial média havia sido significativa para o grupo de mulheres que haviam apresentado PE tardia ( $p=0,004$ ). Outros estudos realizados no Brasil sobre o perfil da mortalidade por PE têm colocado que a maioria das mulheres haviam detectado estar com a pressão arterial elevada ainda durante a consulta de pré-natal.<sup>4</sup> Atualmente, Teresina possui 211 equipes da Estratégia Saúde da Família e apenas duas maternidades de referencia para a gestação de alto risco. Este fato evidencia a necessidade de mais maternidades para uma adequada referencia, tendo em vista que as maternidades de Teresina são referencia para mais de duzentos municípios.

Quanto à classificação da PE, foi verificado em um estudo em que os autores incluíram 129 gestantes com diagnóstico de hipertensão

arterial que a PE grave havia sido o diagnóstico mais frequente (n=69; 53,5%), corroborando com os dados encontrados no presente estudo.<sup>16</sup> Em uma pesquisa realizada em um hospital escola, os pesquisadores encontraram um percentual de 82,8% das gestantes com PE grave. Quando a PE é detectada precocemente, o tratamento é consideravelmente eficaz, favorecendo uma gestação ajustável às condições maternas adequadas.<sup>17</sup>

## CONCLUSÃO

A faixa etária de maior incidência de PE foi entre 23,9 e 28,5 anos de idade. As parturientes eram solteiras, de etnia parda, de origem piauiense, com ensino médio completo, renda familiar de um a três salários mínimos, católicas e do lar.

Quanto ao perfil clínico, concluiu-se que a maioria das mulheres teve: menarca entre 8,9 e 11,5 anos de idade; parto normal; idade gestacional com maior número de diagnóstico de PE grave entre 32,8 e 40,4 semanas; mais de seis consultas de pré-natal; elevado percentual classificado com gravidez de risco sem encaminhamento para o pré-natal de alto risco; e houve predominância de mulheres que detectaram hipertensão na gravidez entre 27,4 e 31,8 semanas de gestação nas consultas de pré-natal.

É necessário avaliar a associação qualitativo-quantitativa da assistência pré-natal, particularizando a referência e contrarreferência da gestante às especialidades obstétricas, evidenciando o itinerário da mulher gestante no Sistema Único de Saúde (SUS).

## REFERENCIAS

1. Reis ZSN, Lage EM, Teixeira PG, Porto LB, Guedes LR, Oliveira ECL, et al. Pré-eclâmpsia precoce e tardia: uma classificação mais adequada para o prognóstico materno e perinatal? Rev. Bras Ginecol Obst [Internet]. 2010 Dec [cited 2015 Apr 14];32(12):584-90. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032010001200004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010001200004&lng=en). DOI: 10.1590/S0100-72032010001200004.
2. Oliveira LG, Karumanchi A, Sass N. Pré-eclâmpsia: estresse oxidativo, inflamação e disfunção endotelial. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2010 Dec [cited 2015 Apr 02];32(12):609-16. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032010001200008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010001200008&lng=en). DOI: 10.1590/S0100-72032010001200008.
3. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PFA. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet. 2006; 367(9516): 1066-745
4. Ribeiro JF, Costa FS, Silva KR, Carvalho TES. Caracterização sociodemográfica e epidemiológica de cesarianas em uma maternidade pública de referência em Teresina. Rev. eletrônica gestão & saúde [Internet]. 2014 Mar [cited 2015 Apr 10];3(5):997-91. Available from: <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/877>.
5. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organ Tech Rep Ser. 1995; 854:1-452.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Gil AC. Como Elaborar Projetos de pesquisa 5ed. São Paulo: Atlas; 2010.
8. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. Epidemiologia Moderna. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 887 p.
9. Brasil. Resolução n. 466/12, de 12 de Dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília (2013 Dec 13); Sec 1: 21082-5. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Síntese de Indicadores Sociais de 2009. Departamento de populações e indicadores sociais, 2009. Rio de Janeiro: IBGE [cited 2011 Apr 10];2009. Available from: <http://www.ibge.gov.br>.
11. Faria A, Santos T, Feitosa M, Poppe S, Espindola A. Perfil sociodemográfico e patológico de gestantes com pré-eclâmpsia. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 Apr [cited 2015 Mar 24];7(6):4430-6. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4491>. DOI: 10.5205/reuol.4164-33013-1-SM.0706201315
12. Melo BCP, Amorim MMR, Katz L, Coutinho I, Veríssimo G. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na Pré-eclâmpsia grave. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2009 [cited 2011 Apr 10];55(2):175-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n2/22.pdf>

13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria executiva: Departamento de Informática do SUS - Datasus. Informações de saúde: informações demográficas e socioeconômicas: População residente [Internet]. 2010 [cited 2014 June 01]. Available from: <http://www.datasus.gov.br/>

14. Santos EMF, Amorim LP, Costa OLN, Oliveira N, Guimaraes AC. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet] 2012 [cited 2015 Apr 02];34(3):102-6. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032012000300002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000300002&lng=en).

DOI: 10.1590/S0100-72032012000300002.

15. Cunha KJB, Oliveira JO, Nery IS. Assistência de enfermagem na opinião das mulheres com pré-eclâmpsia. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2007 [cited 2011 Mar 15];11(2):254-60. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a11.pdf>.

16. Souza AS, Amorim MM, Vasconcelos-Neto MJ, Oliveira-Filho JR, Sousa-Junior FA. Fatores associados com centralização fetal em pacientes com hipertensão arterial na gestação. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2013 [cited 2015 Apr 15];35(7):309-316. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032013000700005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000700005&lng=en).

DOI:

10.1590/S0100-72032013000700005.

17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Ministério da Saúde. 5th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Submissão: 18/07/2014

Aceito: 10/04/2015

Publicado: 01/05/2015

### Correspondência

José Francisco Ribeiro  
Universidade Estadual do Piauí  
Departamento de Enfermagem  
Rua Olavo Bilac, 2335  
Bairro Centro/Sul  
CEP 64001-280 – Teresina (PI), Brasil