



PERFIL DE GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA

PROFILE OF PREGNANT WOMEN WITH HYPERTENSIVE SYNDROME IN A PUBLIC MATERNITY PERFIL DE GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA

Mércia de França Nóbrega¹, Maria Teresa Botti Rodrigues Santos², Rejane Marie Barbosa Davim³, Luciana Ferreira Monteiro e Oliveira⁴, Érica Surama Ribeiro César Alves⁵, Erta Soraya Ribeiro César Rodrigues⁶

RESUMO

Objetivo: avaliar perfil de gestantes com Síndrome Hipertensiva da Gestação; caracterizar condições demográficas. **Método:** estudo descritivo, retrospectivo documental, com abordagem quantitativa, desenvolvido na Maternidade Dr. Peregrino Filho em Patos/PB. A população do estudo foi composta por 468 prontuários de gestantes submetidas à cesariana no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, por meio de ficha elaborada no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). Os dados foram digitados em banco de dados do Excel e processadas no SPSS Inc versão 18.0 para proceder às análises descritivas. **Resultados:** a pré-eclâmpsia leve foi a mais diagnosticada. Idades entre 19 a 25 anos, solteiras, residentes na zona urbana, cor parda, entre 35 a 40 semanas de gestação. O alojamento conjunto foi o mais utilizado, primigestas com uso de metildopa. **Conclusão:** as síndromes hipertensivas merecem especial destaque na saúde pública, iniciando com pré-natal de qualidade e tratamento em ambiente hospitalar. **Descritores:** Pré-Eclâmpsia; Eclâmpsia; Gestantes; Maternidade.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the profile of pregnant women with Hypertensive Syndrome in Pregnancy; to characterize demographic conditions. **Method:** descriptive, retrospective and documentary study with quantitative approach and developed in the Maternity Dr. Peregrino Filho in Patos/PB. The study population consisted of 468 medical records of pregnant women that had undergone cesarean section from January 2008 to December 2012, through a chart elaborated in the Service of Medical Records and Statistics (SMRS). Data were entered into Excel database and processed in SPSS Inc version 18.0 to carry out descriptive analysis. **Results:** mild preeclampsia was the most diagnosed. Ages between 19 and 25 years, single, living in the urban area, brown-skinned, between 35 to 40 weeks of pregnancy. Rooming-in was the most used, first pregnancy with use of methyl dopa. **Conclusion:** hypertensive disorders deserve special emphasis on public health, starting with high quality of prenatal care and treatment in hospital environment. **Descriptors:** Preeclampsia; Eclampsia; Pregnant Women; Maternity.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el perfil de gestantes con Síndrome Hipertensivo de la Gestación; caracterizar condiciones demográficas. **Método:** estudio descriptivo, retrospectivo documental, con enfoque cuantitativo, desarrollado en la Maternidad Dr. Peregrino Filho en Patos/PB. La población del estudio fue compuesta por 468 prontuarios de gestantes sometidas a la cesárea en el período de enero de 2008 a diciembre de 2012, por medio de formulario elaborado en el Servicio de Archivo Médico y Estadística (SAME). Los datos fueron digitados en banco de datos de Excel y procesados en SPSS Inc versión 18.0 para proceder a los análisis descriptivos. **Resultados:** la pre-eclâmpsia leve fue la más diagnosticada. Edades entre 19 a 25 años, solteras, residentes en la zona urbana, color parda, entre 35 a 40 semanas de gestación. El alojamiento conjunto fue el más utilizado, primer embarazo con uso de metildopa. **Conclusión:** los síndromes hipertensivos merecen especial destaque en la salud pública, iniciando con pre-natal de calidad y tratamiento en ambiente hospitalario. **Descritores:** Pre-Eclâmpsia; Eclâmpsia; Gestantes; Maternidad.

¹Enfermeira Mestre em Ciências da Saúde, UNICSUL. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: mercialafi@hotmail.com; ²Odontóloga, Cirurgiã-dentista, Faculdade de Odontologia/USP Doutorado em Ciências da Saúde, Coordenadora do Instituto de Odontologia dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Cruzeiro do Sul/UNICSUL. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: drsantosmt@yahoo.com.br; ³Enfermeira Obstetra, Professora Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: rejanemb@uol.com.br; ⁴Enfermeira Mestre em Ciências da Saúde, UNICSUL. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: ericasurama@bol.com.br; ⁵Enfermeira Mestre em Ciências da Saúde, UNICSUL. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: lucianafmonteiro2003@ig.com.br; ⁶Enfermeira Mestre em Ciências da Saúde, UNICSUL. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: soraya-cesar@outlook.com

INTRODUÇÃO

As Síndromes Hipertensivas na Gestação (SHG) merecem especial destaque no cenário da saúde pública mundial, pois representam a terceira causa de mortalidade materna no mundo e a primeira no Brasil. Em países desenvolvidos, aproximadamente de duas a oito em cada 100 gestantes vão desenvolver o evento, enquanto no Brasil pode-se chegar a 10% dos casos. Assim, devido à gravidade da doença, é considerada como importante causa de internamento em Unidade de Terapia Intensiva Materna (UTI-Materna) e, por vezes, incluída como critério de morbidade materna grave.¹

Na maioria das gestações, a evolução se dá sem intercorrências, no entanto há uma parcela de gestantes que apresentam determinadas características ou sofrem de alguma doença que colocam em risco a saúde da mãe e do conceito. Entre as doenças maternas que ocorrem no período gravídico, a hipertensão induzida pela gravidez é a que mais provoca efeitos nocivos no organismo materno e fetal.²

A principal causa de morbimortalidade materna e fetal são as complicações hipertensivas. Os distúrbios hipertensivos da gestação incidem 7,5% das gestantes brasileiras. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define morte materna aquela em que a mulher morre durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez.⁴

A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença considerada problema de saúde pública. Sua prevalência varia conforme faixa etária, sexo, raça, obesidade e presença de doenças associadas, como diabetes e doença renal.⁵ A HA em gestantes é definida pela presença de pressão sistólica igual ou maior que 140 mmHg e diastólica igual ou maior que 90 mmHg, para ser constatada, deve ser observada duas aferições com intervalo de 4 horas.⁶

De acordo com o estado hipertensivo a HA classifica-se em três categorias principais: hipertensão induzida pela gestação (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); hipertensão crônica antecedendo a gestação e hipertensão com toxemia superposta à gestação, além de suas repercussões clínicas como descolamento prematuro da placenta (DPP), retardo do crescimento intra-uterino (RCIU), morte materno-fetal, prematuridade, edema pulmonar e cerebral.⁷⁻⁸

A pré-eclâmpsia é uma desordem multissistêmica exclusiva do período

gestacional caracterizada pela hipertensão arterial e proteinúria com desenvolvimento a partir da 20ª semana de gestação.⁹ Quando tardiamente, seu aparecimento se dá na 34ª semana gestacional.¹⁰ A proteína documentada anterior a 20ª semana de gestação sugere doença renal preexistente.¹¹

Segundo os critérios estabelecidos pelo National Blood Pressure Education Program Working Group (NHBPEPWG), a pré-eclâmpsia pode ser clinicamente caracterizada nas formas leve e grave. É uma síndrome de causa desconhecida caracterizada por vasoespasmos, ativação endotelial e do sistema de coagulação com alteração de controle da pressão arterial.⁴ Doença complexa de etiologia desconhecida e distúrbio da gravidez que afeta negativamente mãe/bebê.¹²

É interessante ressaltar fatores de risco que aumentam a probabilidade de uma gestação desenvolver pré-eclâmpsia como, por exemplo: diabetes, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 30 anos, antecedentes pessoais e/ou familiares de pré-eclâmpsia, hipertensão arterial crônica e etnia. O aumento da pressão sanguínea provoca efeitos deletérios sobre diversos sistemas, principalmente, vascular, hepático, renal e cerebral.¹³⁻¹⁴

A pré-eclâmpsia leve inicia-se pelo aumento exagerado e súbito de peso (maior ou igual a 500g/semana), seguido de edema generalizado e hipertensão. Com presença da PA <160/110 mmHg em pelo menos duas aferições que acontecem após a 20ª semana de gestação em mulheres que nunca apresentaram manifestação hipertensiva; presença de proteinúria entre 300mg e 2g em 24 horas que pode evoluir rapidamente para as formas mais graves sem necessariamente apresentar todos os critérios de gravidade.^{11,15-16} Os sintomas cerebrais apresentam cefaleia, tonturas, visão borrada ou digestiva (dor epigástrica, náuseas ou vômitos, ou trombocitopenia e alterações de enzimas hepáticas) mesmo na ausência de proteinúria.⁵

Pré-eclâmpsia grave apresenta os seguintes achados: PA > ou = 60/110 mmHg (GUIMARÃES, 2014).¹⁶ Presença de mais 2,0 g de proteínas na urina de 24 horas; diurese (volume de urina) inferior a 500 ml/dia ou 15 ml/hora; níveis séricos de creatinina maiores que 1,2 mg/dl; dor de cabeça importante, vômitos e visualização de escotomas, sinais de falência cardíaca, dor abdominal, principalmente sobre a região do fígado; diminuição do número de plaquetas no sangue e distúrbio dos fatores responsáveis pela presença de líquido amniótico em feto pequeno para a idade gestacional. A gestante que apresentar

Nóbrega MF, Santos MTBR, Davim RMB et al.

a pré-eclâmpsia grave deve ser internada obrigatoriamente em enfermaria de alto risco e submetida ao repouso absoluto.¹⁷

Eclâmpsia é o aparecimento de crise convulsiva em uma gestante com pré-eclâmpsia.¹⁸ Pode ocorrer na gravidez, parto ou até 10 dias de puerpério e é definida pela manifestação de crises convulsivas tônicas-clônicas generalizadas e/ou com gestante com hipertensão ou pré-eclâmpsia na ausência de doenças neurológicas.¹⁹ Pode ocorrer na gravidez, parto e puerpério imediato.²⁰ Raramente se manifesta antes da 20ª semana de gestação e quando acontece deve ser afastado o diagnóstico de mola hidatiforme ou síndrome de anticorpos antifosfolípidos.¹⁹ Geralmente, as convulsões são precedidas de sinais premonitórios; os mais comuns, cefaleia e distúrbios visuais como diplopia, visão turva e escotomas cintilantes.⁴ As causas mais frequentes de morte na eclâmpsia são insuficiência cardíaca congestiva, acidentes vasculares cerebrais e complicações das cirurgias obstétricas.⁸

Quando a eclâmpsia surge durante o final da gestação, o trabalho de parto deve ser antecipado por meio da identificação das principais causas de pré-eclâmpsia, antes das convulsões iniciarem.²¹ Quando a eclâmpsia ocorre durante o parto, o trabalho de parto é acelerado, a parturiente começa a melhorar após a morte ou expulsão do feto, entre 12 a 24 horas. Na eclâmpsia pós-parto, as convulsões ocorrem logo após o parto, quase sempre nas primeiras 24 horas.⁸ As puérperas devem ser orientadas quanto à possibilidade de complicações e sinais premonitórios de eclâmpsia na alta hospitalar.⁵

A morbimortalidade materna e perinatal continua ainda elevada no Brasil, incompatível com o atual desenvolvimento econômico e social do país. A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco. O acompanhamento de um pré-natal eficiente e o simples ato de aferir a pressão arterial pode evitar ou controlar o estado hipertensivo da gestação como também as SHG.²⁰⁻²³

A motivação em obter dados sobre o perfil de gestantes com SHG surgiu durante um trabalho desenvolvido como enfermeira assistencial na Maternidade Dr. Peregrino Filho em Patos/PB, sendo observado elevado número de admissões de gestantes com diagnóstico dessa doença a ser estudada uma vez que esta é uma maternidade referência para os municípios circunvizinhos.

Por ser uma doença com agravos à saúde materno-infantil e alto índice de morbimortalidade surgiram as seguintes

Perfil de gestantes com síndrome hipertensiva...

indagações: qual o número de gestantes acometidas por SHG ocorrida no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012 na Maternidade Dr. Peregrino Filho? Quais as características demográficas, formas clínicas, semana gestacional, paridade e uso de medicações anotados no prontuário destas gestantes? Espera-se que esta pesquisa venha contribuir de forma significativa para estudos relacionados às SHG para profissionais que atuam na área da obstetrícia. A partir dessas indagações, foram elaborados os seguintes objetivos:

- Avaliar perfil de gestantes com Síndrome Hipertensiva da Gestação;
- Caracterizar condições demográficas;
- Identificar formas clínicas e setores de internação;
- Identificar semana gestacional na internação;
- Citar paridade e uso de medicações.

MÉTODO

Estudo descritivo, retrospectivo e documental, com abordagem quantitativa, desenvolvido na Maternidade Pública Dr. Peregrino Filho, localizada na cidade de Patos no Sertão da Paraíba, a 300 km da capital João Pessoa/PB, município de médio porte, com população predominantemente urbana e totalizando 104.716 habitantes com referência para 46 municípios circunvizinhos. Desde maio de 2012, atende gestantes e puérperas na UTI-Materna.²⁴

A população foi composta por 468 prontuários de gestantes submetidas à cesariana no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012 com informações contidas nos prontuários das usuárias e diagnóstico confirmado de SHG.

Como critérios de inclusão para participar da pesquisa, foram observados os seguintes pontos: ter sido atendida na maternidade Dr. Peregrino Filho no período da pesquisa; diagnóstico de SHG; apresentar no prontuário todas as informações necessárias para preenchimento do instrumento de coleta de dados.

Antes de iniciar a investigação, o estudo foi autorizado pela direção da Maternidade Dr. Peregrino Filho, submetido à plataforma Brasil e apreciação do Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos (FIP/PB), protocolo nº CAAE: 2043513.5.0000.5181.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora no ambiente hospitalar por meio de ficha elaborada previamente no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). Foram avaliados em média 42 prontuários por dia no

Nóbrega MF, Santos MTBR, Davim RMB et al.

Perfil de gestantes com síndrome hipertensiva...

período de 18 de outubro a 27 dezembro de 2013, com tempo estimado de coleta de 8 horas semanais e coletados dados relativos às características demográficas como faixa etária, estado civil, cor da pele e questões específicas: semana gestacional, paridade, uso de medicações, formas clínicas e setores de internação. Nos prontuários arquivados, foi averiguado diagnóstico médico, PA da gestante na admissão, prescrição de medicações específicas para as SHG, paridade, dados demográficos (preenchidos pela recepcionista) e, em algumas fichas incompletas neste item, os dados foram coletados na evolução de enfermagem para averiguar o local de internação.

Todas as variáveis transcritas dos prontuários para a ficha de investigação foram digitadas em banco de dados do Excel e processadas no pacote estatístico Programa Statistical Package for Sciences (SPSS Inc; Chicago, Estados Unidos da América) versão 18.0 para proceder às análises descritivas.

RESULTADOS

Os resultados encontrados neste estudo apontam maior prevalência de gestantes na faixa etária entre 19 a 25 anos conforme diagnósticos médicos nos prontuários. Índice elevado (63,40%) de mulheres solteiras com complicações incidindo mais nesta classe e predominância com SHG na zona urbana (73,50%). Quanto à cor da pele, a branca foi a de maior evidência em 2008 (59,20%) e 2009 (68,20%) e a menor em 2012 (11,30%). Por outro lado, a maior prevalência da cor de pele parda foi em 2012 (87,60%) e a menor em 2008 (59,20%). A cor preta teve pouca incidência, as maiores foram nos anos de 2008 (3,90%) e 2010 (3,80%).

Verificou-se que 76,30% das mulheres com SHG estavam entre 35 a 40 semanas. De acordo com os dados colhidos nos prontuários médicos, observou-se maioria de mulheres com SHG na primeira gravidez: em 2008 (68,40%); 2009 (60,60%) e 2010 (55,80%), as demais gestas tiveram baixa incidência. Evidenciou-se pré-eclâmpsia leve pelos valores da pressão arterial (PA) registrados nos prontuários médicos. A maior incidência foi observada em 2008 (73,70%) e a mais baixa em 2011 (52,50%). A pré-eclâmpsia grave teve maior incidência em 2010 (32,90%) e a eclâmpsia em 2011 com 16,90% dos casos.

Em referência as medicações prescritas, a Hidralazina evidenciou em 2010 (32,10%) e 2011 (32%); Metildopa em 2008 (51,10%); Nifedipina em 2008 (32,10%) e 2009 (33,10%) e o Sulfato de Magnésio em 2012 com 13,50%. Quanto ao setor de internação, maior

prevalência em UTI-Materna foi no ano de 2012 (16,50%) e menor em 2009 (1,50%). Em enfermaria de alto risco, maior prevalência foi em 2010 (38,50%); 2008 (30,30%) e 2011 com 30,50% a menor em 2012 com 10,30% dos casos. No alojamento conjunto, ocorreram maiores prevalências de internações nos anos de 2009 (80,30%); 2012 (73,20%) e a menor em 2008 (69,70%) e 2010 com 62% dos casos.

DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se número elevado de gravidez precoce entre mulheres jovens e adolescentes. Resultados semelhantes foram encontrados em gestantes com faixa etária entre 15 e 19 anos (45,45%) e 13,63% entre 20 e 24 anos⁶, contrapondo estudiosos que relataram em suas pesquisas faixa etária de mulheres com 35 anos predispostas à ocorrência da pré-eclâmpsia.²⁵

Na pesquisa, observou-se índice elevado de solteiras, corroborando com o estudo de autores²⁶ enfatizando predominância de jovens na faixa etária entre 15 a 19 anos de idade com SHG, contrapondo a uma investigação descritiva documental desenvolvida em São Paulo/SP com percentual de 86,36% de casadas e apenas 9,09% solteiras.⁶

Houve predominância de SHG na zona urbana, confirmando os achados no estudo desenvolvido por autores em 2011 que apontam 58% residindo em zona urbana seguida de 42% na rural. Os autores justificam relatando que em certas áreas existem restrição ao acesso e carência de infraestrutura física, equipamentos e profissionais qualificados.²⁶

Nesta pesquisa, houve prevalência das pardas, o que configura também a investigação de autores que relatam fator de risco predominante de pele não branca (92,54%), fato previsto pela grande miscigenação no Brasil.²³ Autores⁶ contradizem com referência a cor da pele ao identificarem prevalência da pele branca em 54,54% e 40,90% da raça não branca em estudo desenvolvido no hospital público de São Paulo/SP. Ainda dentro desta perspectiva,²⁷ em pesquisa com mulheres acometidas de SHG no hospital de Sorocaba/SP, encontraram prevalência de 176 mulheres com pele branca e 55 não branca.

Neste estudo, verificou-se que 76,30% das mulheres com SHG estavam entre 35 a 40 semanas de gestação, corroborando com um estudo em 2010 apresentando os mesmos índices ao observarem gestantes que desenvolveram SHG com idade gestacional

Nóbrega MF, Santos MTBR, Davim RMB et al.

entre 25 a 40 semanas.²⁸ Entretanto, outro estudo identificou mulheres com mais de 37 semanas (60%) enquanto que as demais (40%) se encontravam num período entre a 30^a e a 37^a semana na mesma maternidade deste estudo, porém enfocando outro olhar às SHG.¹⁶

De acordo com os dados colhidos nos prontuários médicos, identificou-se que a maioria das mulheres com SHG eram primigrávidas. Em um estudo na Índia, observaram que a maior ocorrência da SHG foi entre as primíparas, mulheres jovens e com pré-eclâmpsia em gestações anteriores.²⁹

Há escassez de artigos que relatam ocorrência das SHG em mulheres múltiparas, desta feita, fica uma lacuna na discussão a respeito desta temática, evidenciado prevalência de mulheres com SHG mais em grávidas do primeiro filho.

Evidenciou-se nesta pesquisa prevalência de mulheres com pré-eclâmpsia leve constatada pelos valores da PA registrado nos prontuários médicos. Estudos colocam que, em outros países como África, Ásia, América Latina e do Caribe, a eclâmpsia é responsável por 60 a 100% das mortes maternas relacionadas à SHG¹⁹ e para falta de assistência das mulheres com pré-eclâmpsia ou sua evolução desfavorável pode levar ao óbito, o que faz dessa doença a maior responsável pela mortalidade materna nos países da América Latina e do Caribe, incluindo o Brasil.³⁰ Outros pesquisadores afirmam que mulheres com diagnóstico de pré-eclâmpsia acima de 28 semanas e na forma grave evoluíram para eclâmpsia com o aumento da PA em 180x120 mmHg.³¹ Outro estudo exemplifica que durante o período de 2000 a 2010, 211 gestações com diagnóstico de pré-eclâmpsia foram selecionadas. A maioria apresentava forma grave da doença (82,8%) conforme pôde ser observado no ambulatório e maternidade do hospital das clínicas da UFMG.¹⁰

Nesta pesquisa, observou-se que as gestantes fizeram uso de mais de uma droga durante sua internação, ou seja, associação de medicações para melhor êxito e diminuição dos sinais e sintomas de uma SHG. Nas crises hipertensivas enquanto se prepara a interrupção da gravidez, administram-se drogas anti-hipertensivas para evitar complicações graves, principalmente acidente vascular encefálico. Dentre as mais utilizadas por via oral foram α -metildopa, β -bloqueador (propranolol) e bloqueadores dos canais de cálcio (nifedipina e nicardipina), enquanto nas emergências hipertensivas são medicações intravenosas como hidralazina,³² corroborando

Perfil de gestantes com síndrome hipertensiva...

com o tratamento das SHG em mulheres em quadro grave com uso de sulfato de magnésio por via venosa (doses de ataque e de manutenção) como medicamento profilático e curativo, respectivamente, para a inibição e remissão das convulsões das usuárias. O tratamento definitivo da pré-eclâmpsia é o parto. Dependendo de fatores como idade gestacional, gravidade, bem-estar fetal e presença ou não de complicações a interrupção da gravidez está indicada.³³

Com frequência as gestantes que desenvolvem SHG estão sujeitas à internação em UTI-Materna, e, geralmente, essa necessidade se acentua a partir da trigésima semana.³⁴ É importante destacar que os dados encontrados nesta pesquisa se encontram de acordo com o demonstrado na literatura especializada. Analisando os prontuários das gestantes internadas na UTI-Materna da Maternidade Pública Dr. Peregrino Filho em Patos/PB, pôde-se verificar o número de gestações que cada uma das internadas já havia passado.

A SHG constitui grave problema de saúde pública no Brasil e os gestores devem estar alertas para a implementação de políticas de saúde mais adaptadas em prol da saúde dessas usuárias com a associação qualitativa e quantitativa da assistência pré-natal particularizando referência e contrarreferência de gestantes às especialidades obstétricas, demonstrando o itinerário destas no SUS.³⁵

CONCLUSÃO

A pré-eclâmpsia leve foi a SHG mais encontrada nas gestantes deste estudo com idade entre 19 a 25 anos, solteiras, residentes em zona urbana, pardas entre 35 a 40 semanas de gestação. O alojamento conjunto foi o setor de maior prevalência em internação por puérperas em sua primeira gravidez e fazendo uso da metildopa.

Desta feita, observou-se que as SHG merecem especial destaque no cenário da saúde pública iniciando com pré-natal de qualidade e especial acolhimento gestante/acompanhante, como também tratamento a estas mulheres em ambiente hospitalar para diminuição na mortalidade materno/fetal.

REFERÊNCIAS

1. Neto HC, Sá. RAM. Obstetrícia Básica. 2nd ed. São Paulo: Atheneu; 2007.
2. Chaim SRP, Oliveira SMJV, Kimura AF. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. Res Acta paul enferm

- [Internet]. 2008 [2015 Nov 03];21(1):53-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000100008&script=sci_abstract&tlng=pt
3. Laurenti R, Jorge MPH, Gottlieb SLD. A mortalidade nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Res. Bras. Epidemiologia*. [Internet]. 2004 [cited 2015 Nov 03];7(4):449-60 2004. Available from: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/A_mortalidade_materna_nas_capitais_brasileiras_algumas_caracteristicas_e_estimativa_de_um_fator_de_ajuste_1/291
4. Freitas F. Rotinas em obstetrícia. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
5. Freire CMV, Tedoldi CL. Hipertensão arterial na gestação. *Arq. Bras. Cardiol* [Internet]. 2009 [2015 Nov 03];93(6):159-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009001300017&script=sci_arttext
6. Gonçalves R, Fernandes RAQ, Sobral DH. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. *Rev. bras enferm* [Internet]. 2005 [2015 Nov 03];58(1):61-4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000100011
7. Silva EF, Cordova FP, Chachamovich JLR, Záchia SA. Percepção de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. *Rev. Gaúcha de Enferm* [Internet]. 2011 [cited Nov 03 2015];32(2):316-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200015&script=sci_arttext
8. Ziegel EE, Cranley MS. Enfermagem obstétrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011
9. Figueiró Filho EA, Oliveira VM, Coelho LR, Breda I. Marcadores sérios de trombofilias hereditárias e anticorpos antifosfolípidos em gestantes com antecedentes de pré-eclâmpsia grave. *Rev. Bras. Ginecol Obstet* [Internet]. 2012 [2015 Nov 03];31(1):40-1. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032012000100008&script=sci_arttext
10. Reis ZSN, Lage EM, Teixeira PG, Porto LB, Guedes ECL, Cabral ACV. Pré-eclâmpsia precoce e tardia: uma classificação mais adequada para o prognóstico materno e perinatal? *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2010 [2015 Nov 03];32(12):584-90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032010001200004&script=sci_arttext
11. Rezende Filho J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
12. Barden AE, Corcoran TB, MAS E, Durand T, Galano JM, Roberts LJ et al., Is There a Role for Isofurans and Neuroprostanes in Pre-Eclampsia and Normal Pregnancy? *Antioxid Redox Signal*. [Internet]. 2012 [cited Nov 1 2015];16(2):165-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21827297>
13. Assis TR, Viana FP, Rassi S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. *Arq. Bras. Cardiol* [Internet]. 2008 [2015 Nov 03];91(1):11-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001300002
14. Cavalli RC, Sandrim VC, Santos JETS, Duarte G. Predição de pré-eclâmpsia. *Res. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2009 [cited 2015 Nov 03];31(1):1-4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032009000100001&script=sci_arttext
15. Zugaib M. Obstetrícia. 1ª ed. Barueri: Manole; 2008.
16. Guimarães JP, Medeiros LG, Oliveira FCS, Oliveira SF. A prevalência de gestantes portadoras de SHEG que evoluíram para síndrome HELLP em uma maternidade pública. *Revista brasileira de educação e saúde*. [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 03]; 4(1):1-17. Available from: <http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/2572/2013>
17. Oliveira LG, Karumanchi A, Sass N. Pré-eclâmpsia: estresse oxidativo, inflamação e disfunção endotelial. *Res. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2010 [cited 2015 Nov 03]; 32(12):609-16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032010001200008&script=sci_arttext
18. Peixoto MV, Martinez MD, Valle NSB. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégia e cuidados de enfermagem. *Rev. Edu. Meio Amb. Saúde*. [Internet]. 2008 [cited 2015 Nov 03]; 3(1):208-22. Available from: <http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista/2008/pdfs/REMAS3%281%29208a222.pdf>
19. Peraçoli JC, Parpinelli MA. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2005 [cited 2015 Nov 03]; 27(10):627-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032005001000010&script=sci_abstract&tlng=pt
20. Ministério da Saúde (Brasil). Gestação de alto risco: manual técnico. 5th ed. Brasília, 2010.
21. Ricci SS. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. 1st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
22. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: DF, CONEP, 2012.
23. Gomes AS, Chaves AFL, Silva RB, Damasceno AKC, Franco RGMF, Uriá MOB. Análise dos níveis

Nóbrega MF, Santos MTBR, Davim RMB et al.

Perfil de gestantes com síndrome hipertensiva...

pressóricos em gestantes no diagnóstico precoce da síndrome hipertensiva gestacional. Rev. Eletr. Enf [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 03];15(4):923-31. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/v15n4a09.htm

24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados Básicos. Localização; Área; População. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.

25. Andrade PC, Linhares JJ, Martinelli S, Antonini M, Lippi UG, Bacarat FF. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. Rev Bras Ginecol Obstet. [Internet]. 2004 [cited Nov 01 2015];26(9):697-701. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000900004

26. Lima CRV, Silva CS, Barbosa MF. Perfil sócio demográfico clínico e obstétrico de gestantes admitidas numa maternidade de referência do Recife com diagnóstico de parto prematuro no ano de 2010. Revista Conceito A. [Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 02];2:646-82. Available from:

<http://www.faculdadesaomiguel.com.br/pdf/revista-conceito/n2/enfermagem/perfil-socio-demografico.pdf>

27. Novo JLVG, Patrício BT, Vanin NS. Hipertensão arterial induzida pela gravidez no conjunto hospitalar de Sorocaba. Aspectos maternos e perinatais. Rev.Fac.Ciênc.Méd. Sorocaba [Internet]. 2010 [cited Nov 02 2015];12(3):9-20. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/2839/pdf>

28. Aguiar F, Isis M, Freire BCP, Cruz P, Marfisa I, Gomes L, et al., Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. Rev Rene [Internet]. 2010 [cited 2015 Nov 02];11(4):66-75. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027972007>

29. Prakash J, Pandey JK, Singh AK, Kar B. Hypertension in pregnancy: hospital based study. J Assoc Physicians India [Internet]. 2006 [cited 2015 Nov 02];54:273-8. Available from: <http://www.japi.org/april2006/O-273.pdf>

30. Herculano MMS, Damasceno AKC. Avaliação da assistência pré-natal de mulheres com síndrome hipertensiva gestacional. 2010. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. [Internet]. 2010 [cited 2015 Nov 01] Available from: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/1977/1/2010_mmsherculano.pdf

31. 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 2015 Nov 02]; 55(2):175-80. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302009000200022&script=sci_arttext

32. Morais FM, Novaes JM, Silveira MCA, Araújo MJAR, Melo SM, Gontijo LS. Uma revisão do perfil clínico-epidemiológico e das repercussões perinatais em portadoras de síndrome hipertensiva gestacional. Revista EIXO [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 02];2(1):69-82. Available from:

<http://revistaeixo.ifb.edu.br/index.php/RevistaEixo/article/view/103/51>

33. Neto CN, Souza ASR, Amorim MMR. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2010 [cited Nov 03 2015];32(9):459-68. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000900008

34. Pereira MN, Montenegro CAB, Rezende Filho J. Síndrome HELLP: diagnóstico e conduta. Femina [Internet]. 2008 [cited 2015 Nov 03];36(2):111-6. Available from:

http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/femina-2_fevereiro_111-116.pdf

35. Ribeiro JF, Rodrigues CO, Bezerra VOR, Soares SAC, Souza PG. Sociodemographic and clinical characteristics of parturientes with preeclampsia J Nurs UFPE on line [Internet]. 2015 [cited 2015 19 Oct];9(5)7917-23. Available from:

http://www.periodicos.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6928/pdf_7842

Submissão: 13/11/2015

Aceito: 11/04/2016

Publicado: 01/05/2016

Correspondência

Rejane Marie Barbosa Davim
Residencial Villaggio Di Firenze
Avenida Rui Barbosa, 1100
Bloco C, Ap. 804
Bairro Lagoa Nova
CEP 59056-300 – Natal (RN), Brasil