



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA



CAROLYNNE SATURNINO DA SILVA

**PERFIL DE RISCO GESTACIONAL E DESFECHOS MATERNOS EM
MULHERES COM SÍNDROMES HIPERTENSIVAS**

JOÃO PESSOA-PB

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA



**PERFIL DE RISCO GESTACIONAL E DESFECHOS MATERNOS EM
MULHERES COM SÍNDROMES HIPERTENSIVAS**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à banca examinadora como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba.

**Orientadora: Prof. Dra. Thais Josy Castro
Freire de Assis**

JOÃO PESSOA-PB

2018

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586p Silva, Carolynne Saturnino da.
PERFIL DE RISCO GESTACIONAL E DESPECHOS MATERNOS EM
MULHERES COM SÍNDROMES HIPERTENSIVAS / Carolynne
Saturnino da Silva. - João Pessoa, 2018.
36 f.

Orientação: Thais Josy Castro Freire de Assis Assis.
Monografia (Graduação) - UFPB/CCS.

1. Pré- eclâmpsia; Hipertensão; Gestação. I. Assis,
Thais Josy Castro Freire de Assis. II. Título.

UFPB/BC

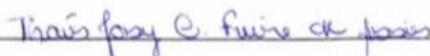
CAROLYNNE SATURNINO DA SILVA

**PERFIL DE RISCO GESTACIONAL E DESFECHOS MATERNOS EM
MULHERES COM SÍNDROMES HIPERTENSIVAS**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à banca examinadora como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba.

APROVADO EM: 31 / 10 / 18

COMISSÃO EXAMINADORA

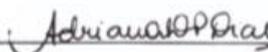


Prof. Dra. Thais Josy Castro Freire de Assis

Orientadora

Prof. Dra. Isabelle Eunice de Albuquerque Pontes

Examinadora



Ft. Esp. Adriana Luna Pinto Dias

Examinadora

JOÃO PESSOA - PB

2018

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que me deu força e coragem para vencer todos os obstáculos e dificuldades enfrentadas durante o curso, que me socorreu espiritualmente, dando-me serenidade e forças para continuar e a nossa Senhora por te intercedido por cada detalhe.

Aos meus pais, Edmilson e Luzia, e a minha vó paterna Severina, meus maiores exemplos. Obrigada por cada incentivo e orientação, pelas orações em meu favor, pela preocupação para que estivesse sempre andando pelo caminho correto. Foram vocês que me ensinaram que eu devia dar sempre o melhor em tudo que eu fizesse, em qualquer situação. Agradeço a vocês pelo que sou!

Em especial a minha parceira de coleta Natalia Pessoa por todo o companheirismo, pelos momentos de desespero, pelos sorrisos e até lágrimas compartilhadas, pelo apoio, pela paciência e por ter entrado nessa batalha junto comigo.

Aos meus amigos de classe, em especial Arthur, Karinne, Philippe, Bruno, Simone, Larissa, Tayná e Natália a quem aprendi a amar e construir laços eternos. Obrigada por todos os momentos em que fomos estudiosos, brincalhões, e cúmplices. Porque em vocês encontrei verdadeiros irmãos. Obrigada pela paciência, pelo sorriso, pelo abraço, pela mão que sempre se estendia quando eu precisava, vocês tiveram uma grande parcela de contribuição na minha graduação e sempre serei muito grata por isso. Esta caminhada não seria a mesma sem vocês.

As fisiodets: Luanny, Deborah, Alessandra, Maria Alessandra, Mabelly, Larissa, Raissa e Eduarda que estiveram comigo no começo da graduação participando do início desse ciclo onde foram fundamentais. Foram vocês que iniciaram o sonho junto comigo onde compartilhei com vocês sorrisos, lágrimas, músicas, fofoca, bizus. Os corredores do bloco de fisio,sonos e muito companheirismo. A vocês o meu muito obrigado pelo laço criado, pela irmandade, por me apoiarem diretamente e indiretamente,pela amizade que foi construída e pelo apoio diário para que eu não desistisse.

A professora Thais Josy, minha orientadora, por ter acreditado na possibilidade da realização deste trabalho, pelo seu incansável e permanente encorajamento, pela disponibilidade dispensada e sugestões que foram preciosas para a concretização desta

monografia. Obrigado pela atenção e paciência de sempre e por sempre ter acreditado em mim.

Aos meus amigos Gleyciane, Aniely, Sandí, Juscelino, Kelson, Valeska, Bel, Wendson, Tony, William, Deborá, Lavinia, Walber, Manu, Maria, Ademir, Isabella, Cida, Rafaela, Sayoanara e Caetano por todo apoio e cumplicidade. Porque mesmo quando distantes, estavam presentes em minha vida.

Obrigada a todos que, mesmo não estando citados aqui, tanto contribuíram para a conclusão desta etapa e para a Carolynne que sou hoje.

“Que todo o meu ser louve ao Senhor, e que eu não esqueça nenhuma das suas bênçãos!”
Salmos 103:2.

LISTA DE TABELAS

Tabela1 - Aspectos socioeconômicos.....	21
Tabela2 - Antecedentes pessoais e familiares.....	23
Tabela 3 - Súmula do parto atual.....	25

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra	19
Gráfico 2 – Distribuição da amostra nos grupos estudados.....	21
Gráfico 3 – Distribuição das síndromes hipertensivas.....	22
Gráfico 4 – Número de gestantes anteriores.....	25
Gráfico 5 – Antecedentes obstétricos.....	25

LISTA DE ABREVIATURAS

DHEG- Doença hipertensiva específica gestacional

E- Eclâmpsia

HC- Hipertensão crônica

PE- Pré-eclâmpsia

SHG- Síndrome Hipertensão Gestacional

RESUMO

Introdução As síndromes hipertensivas da Gestação (SHDG) são complicações que acometem as gestantes, em geral, na segunda metade da gestação e, mais frequentemente, no seu terceiro trimestre, aumentando a incidência de morbi-mortalidade materna e perinatal. Asdoenças hipertensivas específicas da gravidez são classificadas em pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hipertensão Crônica., hipertensão gestacional A pré-eclâmpsia é uma doença que ocorre a partir da 20ª semana de gestação, e é caracterizada pela elevação da pressão arterial e por um aumento da proteinúria. **Objetivo** Verificar os fatores de risco e o surgimento de desfechos maternos desfavoráveis em gestantes com pré-eclâmpsia atendidas na maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HU-UFPB). **Metodologia** Tratou-se de uma pesquisa descritiva documental de caráter exploratório sob a perspectiva de uma abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 62 gestantes com diagnóstico de síndromes hipertensivas gestacionais, acima de 18 anos, e todas as informações foram coletadas a partir dos prontuários das pacientes que tiveram partos no período entre junho a setembro de 2018 diagnosticadas com pré-eclâmpsia. As gestantes foram divididas em 4 grupos: Grupo 1: gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia; Grupo 2: gestantes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica gestacional; Grupo 3: gestantes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica crônica; Grupo 4: gestantes normotensas (grupo controle) A análise dos dados foi realizada de maneira quanti-qualitativa, de modo a relacionar as variáveis contidas nos documentos da coleta no respectivo período definido anteriormente. **Resultados** No total de 62 pacientes, 30 (49%) foram classificadas apresentando algum fator que a caracterizava como portadora de síndrome hipertensiva. Os dados sociodemográficos A média de idade materna entre 25-35 anos, a raça parda foi predominante, quanto ao estado civil, a predominância foi de solteiras com união estável. Do total de registros sobre a escolaridade, o curso superior completo foi o mais alto nível de escolaridade verificado entre as gestantes. **Conclusão** Diante disso os resultados objetivaram uma grande relevância em relação ao perfil sociodemográfico e os antecedentes obstétricos e pessoais das gestantes colaborando para o desenvolvimento da SHG no qual traz grandes riscos para o feto e a mãe e o surgimento para a pré eclampsia .

Palavras-chaves: Pré- eclâmpsia; Hipertensão; Gestação.

ABSTRACT

Introduction Hypertensive pregnancy syndromes (SHDG) are complications that affect pregnant women, usually in the second half of gestation and, more frequently, in their third trimester, increasing the incidence of maternal and perinatal morbidity and mortality. Pre-eclampsia is a disease that occurs from the 20th week of gestation, and is characterized by elevated blood pressure and an increase in proteinuria. . Objective To verify the risk factors and the appearance of unfavorable maternal outcomes in pregnant women with pre-eclampsia treated in the maternity hospital of the University Hospital Lauro Wanderley (HU-UFPB).

Methodology This was an exploratory descriptive documentary research from the perspective of a quantitative approach. The sample consisted of 62 pregnant women diagnosed with gestational hypertensive syndromes over 18 years of age, and all the information was collected from the charts of patients who had deliveries between June and September 2018 diagnosed with pre-eclampsia. As were divided into 4 groups: Group 1: pregnant women diagnosed with pre-eclampsia; Group 2: pregnant women with a diagnosis of systemic arterial hypertension, Group 3: pregnant women diagnosed with chronic systemic arterial hypertension; Group 4: normotensive pregnant women (control group) The data analysis was performed in a quantitative-qualitative way, in order to relate the variables contained in the collection documents in the respective period previously defined.

Results Out of 62 patients, 30 (49%) were classified as having hypertensive syndrome. Socio-demographic data The mean maternal age between 25-35 years, the brown race was predominant, as for the marital status, the predominance was single women with stable union. From the total of records on schooling, the complete upper level was the highest level of schooling among pregnant women.

Conclusion In the face of this, the results had a great relevance in relation to the sociodemographic profile and the obstetric and personal antecedents of the pregnant women working for the development of SHG in which it carries great risks for the fetus and the mother and the appearance for the pre-eclampsia.

Keywords: Pre-eclampsia; Hypertension; Gestation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	17
3 METODOLOGIA	18
3.1 DELINEAMENO DA PESQUISA.....	18
3.2 COLETA DE DADOS.....	18
3.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	19
4 RESULTADOS.....	20
5 DISCUSSÃO.....	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Durante o período gestacional podem ocorrer várias alterações patológicas que modificam a saúde da mulher, alterando o ciclo gravídico normal, conseqüentemente, trazendo riscos para a mãe e para o recém-nascido (RN) (SOUZA; ARAÚJO; COSTA, 2011). Dentre as que ocorrem com maior frequência estão as Síndromes hipertensivas, que são uma causa predominante de morte materna e morbimortalidade do RN, que ocorrem em decorrência de uma série de complicações. (SOUZA et al., 2006).

A Síndromes hipertensivas gestacionais são classificadas Segundo a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia –FEBRASGO em : Hipertensão crônica (HC), hipertensão gestacional (HG); Pré-eclâmpsia(PE) ,pré eclampsia sobreposta a HC,Eclampsia (E) (FREIRE e TEDOLDI,2009)

Hipertensão crônica (HC) É a hipertensão que está presente antes da gravidez ou diagnosticada antes de 20 semanas de gestação. Pré-eclâmpsia definida após a 20ª semana de gestação com pressões iguais ou maiores que 140 x 90 mmHg, acompanhada de edema e importante proteinúria (maior que 300 mg nas 24 horas).. Eclâmpsia é a ocorrência de convulsões na mulher com pré-eclâmpsia. Pode ocorrer na segunda metade da gestação ou no pós-parto. Hipertensão gestacional □ pressão elevada detectada pela primeira vez na segunda metade da gestação e é diferenciada da pré-eclâmpsia pela ausência de proteinúria.(Cordovil, 2003).

A doença hipertensiva específica da gravidez é classificada em grande parte em gestantes normotensas, surgindo após a vigésima semana de gestação, podendo evoluir para eclâmpsia.(DUSSE et.al 2001). Uma das mais freqüentes é a pré-eclâmpsia, definida por hipertensão (pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg ou diastólica maior ou igual a 90 mmHg, verificadas em, no mínimo, dois momentos diferentes com intervalo de pelo menos 4 a 6 horas) combinada a proteinúria.

A proteinúria é conceituada como a excreção de 300 mg de proteínas em até 24 horas. Quando não pode ser verificada, a proteinúria vai ser definida como acúmulo de 300 mg/L ou mais de proteínas sendo analisadas duas amostras diferentes de urina com um intervalo de 4 a 6 horas. Porém, quando não há proteinúria e ocorre o surgimento de sintomas como cefaléia,

turvação visual (visão embaçada), dor na porção superior direita do abdome, ou ainda exames laboratoriais com alteração (plaquetopenia e enzimas hepáticas), o diagnóstico de PE também é confirmado (SOUZA et al.,2006).

O Quadro 1 apresenta a classificação da pré-eclâmpsia, subdividida em leve, moderada, grave e sobreposta.

Quadro 1 – Classificação da pré-eclâmpsia

Classificação	Características
Pré-eclâmpsia leve	que ocorre quando há hipertensão gestacional com a presença de proteinúria. PA \geq 140/90 mmHg, o nível de proteinúria é \geq 0,3 g em urina de 24 horas.
Pré-eclâmpsia grave	pressão sistólica \geq 160 mmHg e/ou diastólica \geq 110 mmHg podendo ser associada à: proteinúria, proteinúria grave (> 2g nas 24h), comprometimento de múltiplos órgãos, e sintomas visuais, cerebrais e dor epigástrica ou no quadrante superior direito persistentes;
Pré-eclâmpsia sobreposta	hipertensão crônica associada à elevação súbita da pressão arterial e/ou da proteinúria ou ainda relacionada com uma disfunção orgânica, por meio de sintomas ou exames de laboratório

Fonte: Souza, 2006; Cardiol et al, 2009.

A fisiopatologia da pré-eclâmpsia e eclâmpsia é parcialmente compreendida. Os fatores podem ser o desenvolvimento insuficiente das arteríolas espiraladas uteroplacentárias (que diminuem o fluxo sanguíneo uteroplacentário em gestação tardia), uma anormalidade genética no cromossomo 13, anormalidades imunológicas e isquemia ou infartos placentários. A peroxidação lipídica da membrana das células, induzida por radicais livres, pode contribuir para a pré-eclâmpsia(Amorim,Souza,2009)

Diversos fatores de riscos colaboram para o surgimento da pré-eclâmpsia, com maior prevalência para obesidade, idade nos extremos da fase reprodutiva, diabetes, hipertensão,

nefropatias, história familiar ou pessoal de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, dietas hipoprotéicas e hipersódicas, baixa escolaridade e atividade profissional fora do domicílio, grupo sanguíneo AB, primigestas, gestações múltiplas, hidropsia fetal e neoplasia trofoblástica (MOURA et al., 2010; MOURA; MARGOTTO; RUGOLO, 2013).

Pesquisas mostram diversas implicações maternas da pré-eclâmpsia, com desfechos não favoráveis para a mãe, como um maior índice de partos cesarianos, insuficiência renal e insuficiência ou ruptura hepática. Algumas consequências para o feto são o retardo no crescimento intrauterino, infartos placentários, descolamento prematuro da placenta, prematuridade e suas consequências (SOUZA et al., 2007).

Estudo de Melo e colaboradores (2009) realizado em pacientes com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave, mostrou que 59,7% das pacientes, no momento do parto, apresentaram idade gestacional inferior a 37 semanas, sendo 23,3% com idade gestacional inferior a 32 semanas. Sabe-se que 79,9% dessas gestantes necessitaram de parto cesáreo por indicação materna e 56,7% por indicação fetal. Dessa forma, a pesquisa mostra que a PE tem total influência sobre a realização de partos prematuros, fazendo assim com que os RN não nasçam com a idade gestacional esperada (MELO et al., 2009).

Em estudo, que verificou óbitos de mulheres entre os anos de 1981 e 2003 foi constatado que dos 327 óbitos, devido a hipertensão e suas complicações, 31 foram não maternos e 296 maternos (BEZERRA et al., 2005). Fonseca e Coutinho (2010) relataram que entre os anos de 2002 e 2004 ocorreram 7.134 nascimentos e 188 óbitos perinatais (140 fetais e 48 neonatais precoces), no período de realização da pesquisa. A mortalidade fetal no período foi 19,3%, representando 74,5% da mortalidade perinatal. Foram investigados 134 casos de óbito fetal e 360 controles. Uma das principais causas de óbito demonstradas nessa pesquisa foram os transtornos hipertensivos (FONSECA; COUTINHO, 2010).

A literatura confirma que os distúrbios hipertensivos são importantes causas de mortalidade tanto materna quanto fetal, corroborando a importância de um pré-natal adequado para evitar tais desfechos. A OMS considera ideal a realização de quatro consultas no pré-natal e uma no período pós-parto (CALDERON, 2006). A assistência pré-natal adequada possibilitaria determinar o risco gestacional, facilitando a identificação e o encaminhamento daquelas que necessitam de atenção terciária. (BEZERRA et al., 2005)

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

- Estabelecer um perfil de risco gestacional e o surgimento de desfechos maternos desfavoráveis em gestantes com síndromes hipertensivas atendidas na maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HU-UFPB).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Traçar o perfil socioeconômico das gestantes com síndromes hipertensivas;
- Elencar os possíveis fatores de riscos maternos na síndromes hipertensivas;
- Relacionar a pré-eclâmpsia com desfechos maternos desfavoráveis ;

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Tratou-se de uma pesquisa descritiva documental de caráter exploratório sob a perspectiva de uma abordagem quantitativa. Foi realizado por meio de avaliação dos prontuários das gestantes internadas no período de junho a outubro de 2018 no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) situado em João Pessoa – PB, hospital de referência em gravidez de risco.

3.2 COLETA DE DADOS

Foram verificados 62 prontuários de gestantes internadas no HU no período de junho a outubro de 2018 que cumprissem as exigências dos critérios de inclusão da pesquisa. As gestantes deveriam ter acima de 18 anos, e diagnóstico de síndromes hipertensivas presente no prontuário, parto de conceito com idade gestacional superior a 20 semanas e não apresentar alterações metabólicas associadas.

Os dados obtidos através dos prontuários permitiram a coleta das seguintes variáveis: dados sociodemográficos, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, estilo de vida e história obstétrica atual. Consideraram-se gestantes com SHG aquelas com diagnóstico clínico relatado em prontuário e gestantes saudáveis aquelas sem diagnóstico de SHG.

As gestantes foram divididas em quatro grupos:

- **Grupo I:** gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia;
- **Grupo II:** gestantes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica gestacional;
- **Grupo III:** gestantes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica crônica;
- **Grupo IV:** gestantes normotensas (grupo controle)

A partir da amostra selecionada, realizou-se uma análise retrospectiva dos prontuários. As informações coletadas tiveram a garantia do sigilo que assegura a privacidade e o anonimato dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Esta pesquisa contou

com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do centro de Ciências da Saúde (UFPB) com o CAAE: 41020815.0.0000.5188.

1.3 ANÁLISE DOS DADOS

A coleta das informações foi estabelecida através da análise dos dados contidos nos prontuários, e realizada num período de cinco meses do ano de 2018 (junho a outubro). A análise das informações foi de maneira quanti-qualitativa, de modo a relacionar as variáveis contidas nos documentos da coleta, e realizadas no respectivo período definido anteriormente.

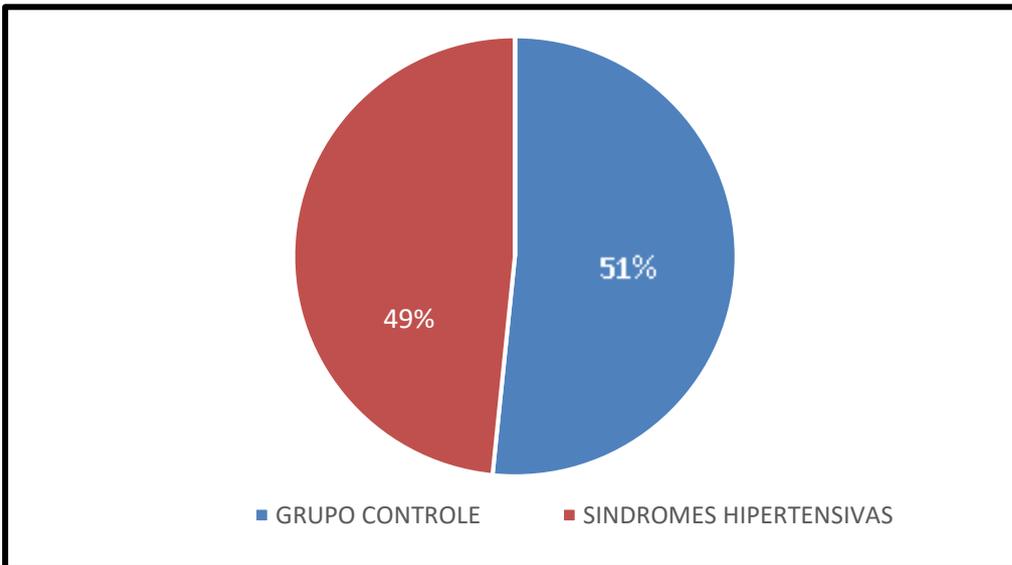
A partir das informações obtidas por meio dos prontuários, foi realizada uma análise estatística descritiva qualitativa, utilizando tabelas de frequência e tabelas cruzadas, com o objetivo de verificar aspectos relevantes à pesquisa. Na análise estatística, para a criação do banco de dados, utilizou-se a planilha Excel.

3 RESULTADOS

Foram analisados 112 prontuários, onde 50 foram excluídos por não se encaixarem nos critérios de inclusão, totalizando 62 pacientes distribuídas nos 4 grupos da pesquisa.

O gráfico 1 apresenta a distribuição do quantitativo de pacientes separados pelo grupo controle e pelas síndromes hipertensivas. No total de 62 pacientes, 30 (49%) foram classificadas apresentando algum fator que as caracterizavam como portadoras de síndrome hipertensiva.

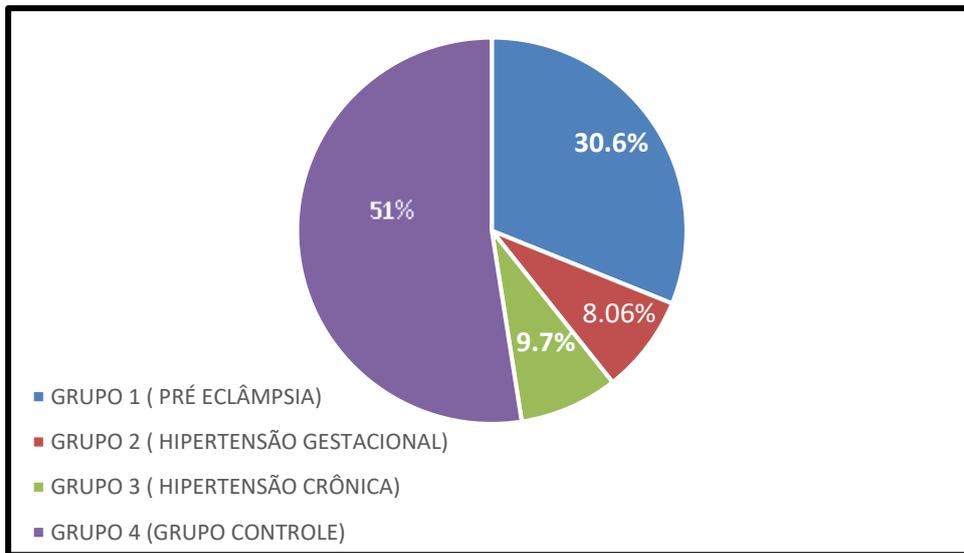
Gráfico 1 – Distribuição da amostra



Fonte: dados da pesquisa

O gráfico 2 representa a distribuição por grupos da amostra. O grupo 1 representado pelas gestantes com pré-eclâmpsia teve o quantitativo de 19 casos, representando 30.6% da amostra, seguida da hipertensão gestacional com 5 casos (8.06%) e da hipertensão arterial crônica com 6 casos (9.7%), e o grupo controle com 32 gestantes foi responsável por 51% da amostra.

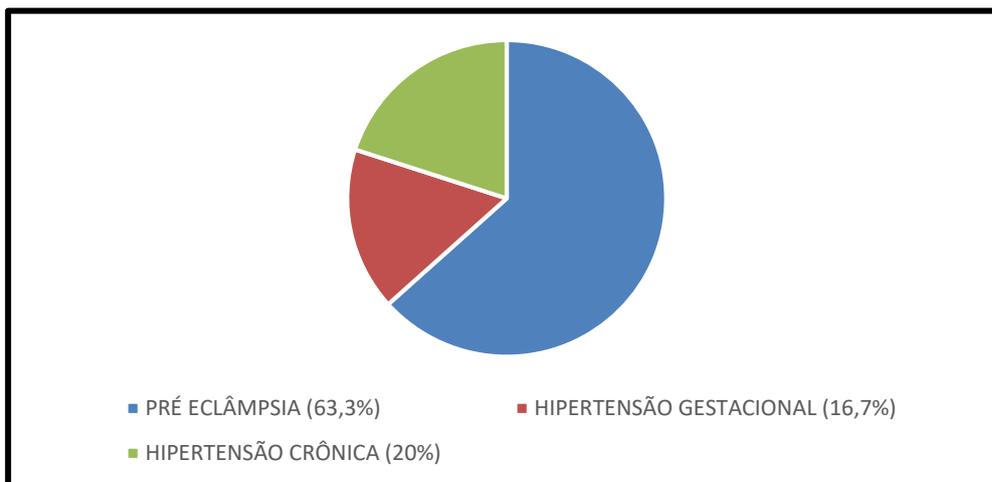
Gráfico 2–Distribuição da amostra nos grupos estudados



Fonte: dados da pesquisa

A distribuição dentro das síndromes hipertensivas está apresentada no Gráfico 3. Dentro das síndromes hipertensivas, com uma amostra de 30 pacientes, o grupo com pré-eclâmpsia representou 63,3% da amostra estudada. Enquanto que 20% das pacientes foram diagnosticadas com hipertensão crônica e 16,7% apresentaram hipertensão gestacional.

Gráfico 3 – Distribuição das síndromes hipertensivas



Fonte: dados da pesquisa

Os dados sociodemográficos como idade, escolaridade, estado civil e raça estão apresentados na Tabela 1. A média de idade materna entre 25-35 anos foi majoritária nos grupos I e III. No grupo II foi equivalente a média da idade entre 18- 24 anos e entre 25-35 anos, ocorrendo o mesmo no grupo IV.

A raça parda foi predominante nos grupos I, III e IV, sendo equivalente a 84%, 83% e 91%, respectivamente. Apenas no grupo II a predominância foi de 100% das mulheres que se consideravam brancas. Quanto ao estado civil, 60% das mulheres do grupo II eram solteiras. Nos demais grupos a predominância foi de solteiras com união estável.

Do total de registros sobre a escolaridade, o curso superior completo foi o mais alto nível de escolaridade verificado entre as gestantes. No grupo da PE, 47% concluíram o 1º grau, e concluíram o 2º graus nos grupos II, III e IV, 40% , 33% e 53 % das gestantes, respectivamente.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico

<i>Condições sociodemográficas</i>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Idade				
<i>18-24 anos</i>	9(47%)	2(40%)	1(17%)	15 (47%)
<i>25-35 anos</i>	10(53%)	2(40%)	3(50%)	15 (47%)
<i>> 35 anos</i>	0 (0%)	1 (20%)	2(33%)	2 (6%)
Cor/Raça				
Branca	2 (11%)	5 (100%)	1 (17%)	1 (3%)
Parda	16 (84%)	0 (0%)	5 (83%)	29 (91%)
Negra	1(5%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (6%)
Indígena	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Estado Civil				
Solteira sem união estável	3 (16%)	3 (60%)	0 (0%)	6 (19%)
Solteira com união estável	9 (47%)	1 (20%)	4 (67%)	16 (50%)
Casada	7 (37%)	1 (20%)	2 (33%)	8 (25%)

Divorciada	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (6%)
Escolaridade				
Ensino fundamental incompleto	2 (11%)	1 (20%)	1(17%)	1 (3%)
Ensino fundamental completo	9 (47%)	0(0%)	1(17%)	5 (16%)
Ensino médio incompleto	0 (0%)	0(0%)	2(33%)	2 (6%)
Ensino médio completo	3 (16%)	2 (40%)	2(33%)	17 (53%)
Superior incompleto	3(16%)	1 (20%)	0(0%)	1 (3%)
Superior completo	2(11%)	1(20%)	0(0%)	6(19%)
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Fonte: dados da pesquisa

Quanto aos antecedentes pessoais e familiares, os dados estão dispostos na Tabela 2. No grupo I, 53% dos familiares apresentavam HASC e 32 % apresentavam DM. Nesse quantitativo, a HASC era completamente de carga materna, enquanto que o diabetes era de responsabilidade paterna (21%). No Grupo II ambos tiveram o mesmo resultando sendo de 38% para HAS e diabetes, sendo 25% por parte paterna e 13% materna. No grupo III, 36% tinham HASC e 33% diabetes, todos por parte paterna. No grupo IV 47% apresentavam HASC e diabetes, sendo a prevalência da mãe com 27% e do pai com 24%.

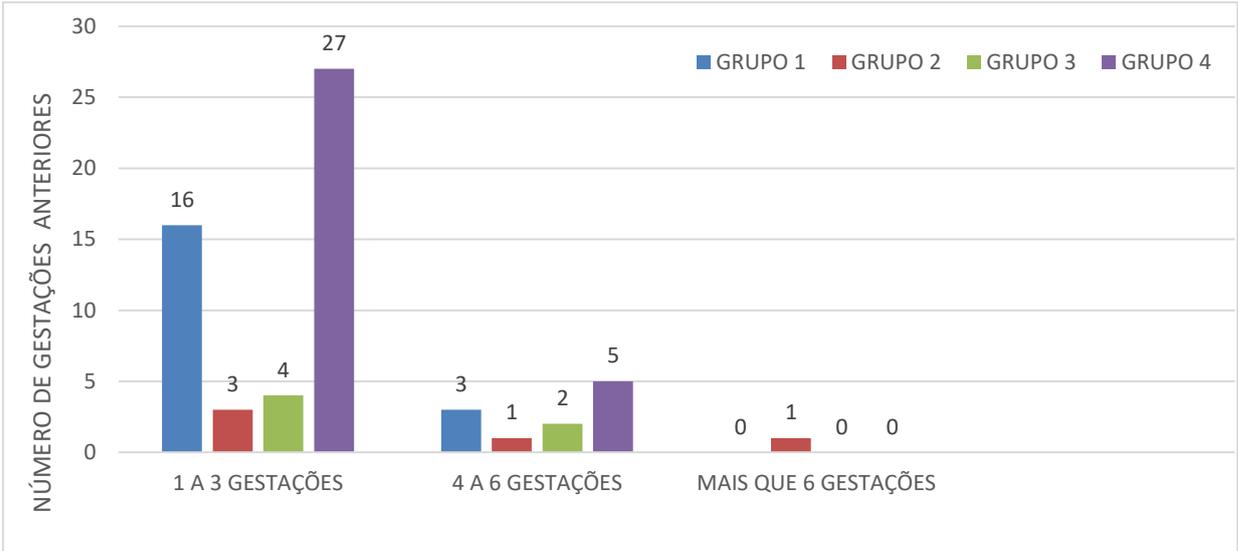
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo I %	Grupo II %	Grupo III %	Grupo IV %
--	---------	----------	-----------	----------	-----------	------------	-------------	------------

Antecedentes Pessoais									
Hipertensão crônica	3	0	6	0	16%	0%	100%	0%	
Hipertensão gestacional	3	3	0	0	16%	60%	0%	0%	
Sem antecedentes	13	2	0	32	68%	40%	0%	100%	
Total	19	5	6	32	100%	100%	100%	100%	
Antecedentes Familiares	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo I %	Grupo II %	Grupo III %	Grupo IV %	
Hipertensão crônica	10	3	4	26	53%	38%	36%	47%	
Mãe	10	1	3	15	53%	13%	27%	27%	
Pai	2	2	2	8	11%	25%	18%	15%	
Avós	1	0	0	3	5%	0%	0%	5%	
Irmãos	0	0	0	1	0%	0%	0%	2%	
Sem antecedentes	6	2	1	2	32%	25%	9%	4%	
Total	19	8	11	55	100%	100%	100%	100%	
Diabetes	6	3	1	21	32%	38%	33%	47%	
Mãe	3	1	0	5	16%	13%	0%	11%	
Pai	4	1	1	11	21%	13%	33%	24%	
Avós	0	1	0	5	0%	13%	0%	11%	
Irmãos	0	0	0	1	0%	0%	0%	2%	
Sem antecedentes	6	2	1	2	32%	25%	33%	4%	
TOTAL	19	8	3	45	100%	100%	100%	100%	

Fonte: dados da pesquisa

No gráfico 4 estão apresentados os dados referentes ao número de gestação anterior. Em todos os grupos a incidência maior ficou no quantitativo de 1 a 3 gestações, havendo também gestantes inclusas nos grupos com 4 a 6 gestações ou mais de 6 gestações.

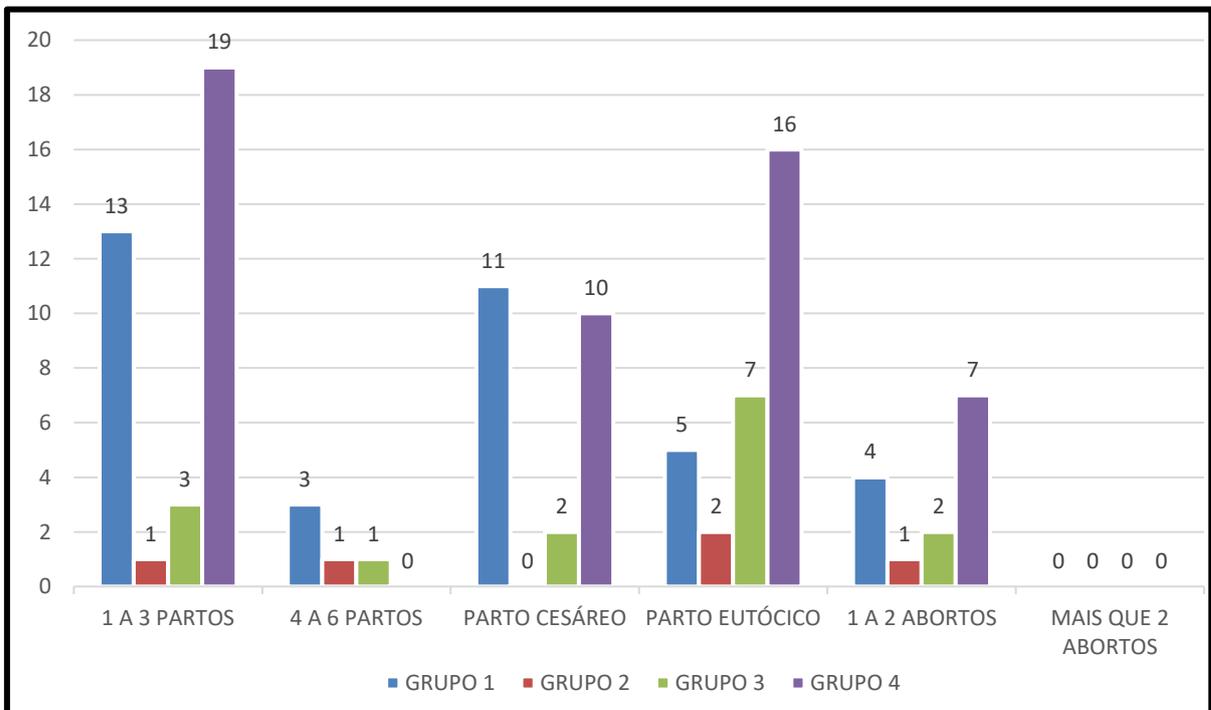
Gráfico 4– Número de gestações anteriores



Fonte: dados da pesquisa

No gráfico 5 são apresentados os antecedentes obstetricos envolvendo números de partos, tipos de parto e número de abortos distribuídos nos 4 grupos estudados.

Gráfico 5 – Numero de partos e tipos de Partos



Fonte: dados da pesquisa

Os dados a seguir são referentes as informações do parto atual. Todas eram gestantes de gravidez única, como definido nos critérios de inclusão, e todas as gestantes realizaram pré-natal.

Nas gestantes acompanhadas pela pesquisa no grupo I, 11 gestantes tiveram filhos sendo 55% com parto cesáreo. No grupo II, 50% para os dois tipos de partos. No grupo III, 4 gestantes deram a luz por parto cesáreo (80%) e apenas 1 parto eutócico nas representantes desse grupo. O grupo IV, mesmo sendo de gestantes normotensas, a prevalência, ainda assim, foi de partos cirúrgicos (54%). A idade gestacional entre 38-42 semanas foi o período majoritário encontrado na pesquisa. A distribuição dos tipos de parto e a idade gestacional estão demonstradas na Tabela 3.

Tabela 3 – Parto atual

Tipo de parto	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Cesáreo	6 (55%)	1 (50%)	4 (80%)	14 (54%)
Eutócico	5 (45%)	1 (50%)	1 (20%)	12 (46%)
Idade gestacional				
Pré-termo (até 37 sem)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (23%)
A termo (38 - 42 sem)	8 (73%)	2 (100%)	5 (100%)	19 (73%)
Pós-termo (> 42 sem)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)

Fonte: dados da pesquisa

4 DISCUSSÃO

No presente estudo, o objetivo foi verificar os fatores de risco e o surgimento de desfechos maternos desfavoráveis em gestantes com pré-eclâmpsia atendidas na maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HU-UFPB), um hospital de nível de atenção terciário e de referência em gestantes de alto risco.

A presença de distúrbios hipertensivos classifica a gestação como uma gestação de alto risco. Sendo esta definida como aquela em que “a vida ou a saúde da mãe e/ou feto tem maiores chances de ser atingida por agravos que a média das gestações” (SILVA, 2014), principalmente para aquelas que apresentam características particulares como a presença de alguns fatores agravantes (por exemplo a pré-eclâmpsia) (SASS,2017).

No presente estudo, a síndrome hipertensiva que apresentou maior prevalência dentre entre as gestantes foi a pré-eclâmpsia. Foi verificada a ocorrência de 19 gestantes com PE, seguido das gestantes com hipertensão crônica (6) e pelas gestantes com hipertensão gestacional (5), resultando em um total de 30 gestantes que apresentavam síndromes hipertensivas e 32 gestantes normotensas.

Avaliando o grupo das síndromes hipertensivas, as pacientes com pré-eclâmpsia representaram 63,3% das gestantes, o que está de acordo com a literatura em que a PE vem sendo considerada uma das principais causas para a mortalidade e morbidade materna e fetal em todo o mundo (ÁLVAREZ-FERNÁNDEZ; PRIETO; ÁLVAREZ, 2016).

Segundo Silva e colaboradores (2010), os aspectos sócio-demográficos são significativos para a saúde, podendo influenciar o surgimento de doenças hipertensivas específicas da gravidez. Quanto às características sócio-demográficos, as gestantes deste estudo, nos três grupos estudados, eram mulheres solteiras com união estável, divergindo de alguns estudos que comprovaram que mulheres solteiras tinham um risco menor de desenvolver qualquer uma das categorias, atuando como um fator de proteção (OLIVEIRA et al., 2013). Porém, segundo o estudo de Bacelar e colaboradores (2017), a situação conjugal foi um fator de risco para o SHEG, onde relata que pacientes sem companheiro tiveram maior chance de desenvolver as Síndromes Hipertensivas.

Outro fator analisado foi à escolaridade, onde se observou que 47% das gestantes apresentavam ensino fundamental completo. Segundo o Manual de Gestação de Alto Risco (MS, 2012), o baixo nível de escolaridade pode interferir e ser um fator de risco, pois estar relacionado ao nível de acesso limitado à informação pelas gestantes. Sabe-se que o nível de

escolaridade baixo pode dificultar, dificultando o acesso ao serviço da saúde, levando ao menor número de consultas e condutas da prevenção do diagnóstico, interferindo nas atividades de auto cuidado (SILVA et al., 2010).

A média da idade materna foi maior entre 25 a 35 anos divergindo de Costa(2016) o de Santos e colaboradores (2014) com a faixa etária entre 20 a 30 anos. Entrando em discordância com esses estudos, Assis, Viana e Rassi (2008), encontraram uma média de idade entre 25 a 35 anos, mesma faixa etária evidenciada nesta pesquisa. A faixa etária predominante faz parte do grupo de idade que são consideradas como adequadas para uma gestação saudável, tanto para a mulher quanto para o feto (RODRIGUES et al., 2013). Porém é importante lembrar que as idades menores que 15 anos ou maiores que 35 anos são consideradas fatores de risco gestacionais (BRASIL, 2012; PEREIRA,2017) e quando associadas a condições ou complicações como a pré-eclâmpsia, torna a gestação de alto risco (BRASIL, 2012).

A raça, cor e etnia têm sido utilizadas para distinguir as diferenças sociais no tratamento e desfechos da saúde (HOGAN et al., 2015). A análise de mulheres de uma raça é de grande importância para identificar grupos vulneráveis (FERRAZ, BORDIGNON, 2012). A cor da pele negra, de acordo com Meira e colaboradores (2012), apresentam uma deformidade hereditária na condução de sódio e cálcio no sistema renal, com isso preordenando a hipertensão arterial e conseqüentemente a PE, tendo os níveis pressóricos elevados. No presente estudo, a raça parda foi predominante em todos os grupos chegando a ser 100% no grupo de HASG, corroborando com os resultados do estudo de Oliveira e Graciliano (2015) que trás que a cor da pele negra tampouco se mostrou como um fator associado.

Em relação aos antecedentes familiares e pessoais todos os grupos de HAS apresentaram uma porcentagem relevante, sendo na maior parte por influência materna. Dentre os antecedentes familiares havia a hipertensão arterial sistêmica crônica, hipertensão gestacional e diabetes. Quanto aos antecedentes pessoais e obstétricos, do grupo com PE a maioria não tem antecedentes pessoais de hipertensão crônica e gestacional, e grande parte (84%) tiveram de 1 a 3 gestações. Das pacientes com hipertensão gestacional, mais da metade (60%) já tiveram hipertensão gestacional em gravidez anterior e a maioria teve de 1 a 3 gestações. O restante das pacientes tem hipertensão crônica sem história de hipertensão gestacional em gravidez anterior e, todos os grupos tiveram, em sua maioria, de 1 a 3 gestação.

Esses resultados são semelhantes encontrados por Costa e colaboradores (2005), onde a maioria das gestantes com hipertensão arterial crônica subjacente demonstra melhor controle da pressão arterial e possui gestações sem intercorrências. No entanto, quanto mais cedo inicia a hipertensão na gravidez, maior é a probabilidade de que a gestação subsequente seja hipertensa, e maior é a chance de que a mulher tenha hipertensão crônica e morbimortalidade materna significativa (SIBAI et al.; 1991). Essa afirmação é confirmada no resultado que indica que das pacientes que desenvolveram HG, 60 % delas também desencadearam a HG na gestação anterior.

As síndromes hipertensivas da gestação constituem o maior agravamento de óbito materno e fetal mundialmente, incluindo Hipertensão crônica específica da gravidez, ou associado à pré-eclâmpsia. Vários estudos comprovam que as gestantes com síndromes hipertensivas possuem maior risco de complicações, principalmente de ocorrência de morte fetal em virtude das alterações do fluxo na placenta (NURDAN et al.,2003; LIMA et al.,2017). Constitui-se em medida indispensável garantir melhor qualidade à gestação de alto risco e reduzir o índice de morbimortalidade materna e neonatal.

Dentre essas medidas, está o acesso irrestrito à informação e as condições de saúde e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que estabelecem ao decorrer do pré-natal sejam realizados seis consultas por gestantes, e em casos de alto risco deveriam ter mais do que seis consulta ou um acompanhamento quinzenal ou semanal (MOURA et al , 2010). No tocante ao pré natal, 100% das gestantes da amostra realizaram o pré natal.

De acordo com os antecedentes obstétricos, 84% das gestantes tiveram entre 1 a 3 gestações. A nuliparidade, juntamente com extremos de idade materna, a cor e a obesidade, entram como fatores de risco para o surgimento das síndromes hipertensivas (FERRÃO et al.; 2006). Dentre os tipos de parto, foi predominante o parto cirúrgico, sendo responsável pelo quantitativo de 85% dos partos. Dos quais houve uma grande predominância de parto a termo.

Geralmente, a cesariana é indicada em situações como idade acima de 35 anos, gestação múltipla, cesárias de repetição, placenta prévia centro-total e descolamento prematuro de placenta normalmente inserida, entretanto, esse tipo de parto ainda é frequentemente realizado (CAMANO; SOUZA, 2002; SCHUPP et al., 2002; SAMPAIO; SOUZA, 2010; HOLANDA, 2013).

No grupo das gestantes diagnosticadas das com pré-eclâmpsia, o grupo 1, 73% dos partos foram a termo com o período gestacional entre 38 - 42 semanas. Porém, nesse mesmo grupo, houve um quantitativo de 27% (3 partos) de fetos com a idade gestacional anterior a 37

semanas. Importante ressaltar que no grupo de mulheres normotensas, o percentual de partos cesáreos foi de 54%, dos quais, 73% das crianças nasceram a termos.

A prematuridade é uma implicação comum da doença hipertensiva. Ocorre pelo trabalho de parto natural ou induzido, quando há a necessidade de descontinuar a gravidez por complicações maternas e fetais. A hipertensão na gravidez é a razão predominante para a realização do parto prematuro, apresentando relação direta com o nascimento de RN de baixo peso (FERRAZ; NEVES, 2011). Esse nascimento precoce eleva as taxas de morbimortalidade perinatal, acarretando sequelas que podem surgir de imediato ou no futuro e, também, demandando políticas públicas que ofereçam assistência e apoio a esses RNs (CHAIM; OLIVEIRA; KIMURA, 2008).

Estudo realizado em maternidades públicas do município de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, que teve a finalidade de descrever os fatores de risco para baixo peso ao nascimento, constatou que dentre os inúmeros fatores relacionados com a ocorrência do baixo peso ao nascer um dos primordiais foi a pré-eclâmpsia (FERRAZ; NEVES, 2011). Em uma revisão dos estudos do Brasil que analisou a evolução das taxas de nascimentos pré-termo no país, em 2008, Silveira e colaboradores encontraram em meio a múltiplos fatores de risco para nascimento pré-termo, a hipertensão arterial.

A gestação precisa ser avaliada com especial atenção, pois envolvem alterações fisiológicas, tratando de uma situação que pode implicar tanto para mãe e como para o feto, havendo uma maior chance de evolução desfavorável que são as gestação de alto risco (Camacho et.al., 2006) Segundo o Ministério da Saúde (2017), a gestação de Alto Risco é quando a vida, a saúde da mãe, feto ou do recém-nascido tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada. Os fatores de risco gestacional podem ser identificados no decorrer da assistência pré-natal por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe e um acompanhamento a essas gestante.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu conhecer o perfil das gestantes com síndromes hipertensivas do Hospital Universitário Lauro Wanderley em relação às características sociodemográficas. Os fatores de risco predominantes no grupo foram primiparidade, gestação nos extremos da idade reprodutiva, baixa escolaridade, antecedentes pessoais e familiar de hipertensão e diabetes, o que interferiram para o surgimento das síndromes hipertensivas, na qual a pré-eclampsia está associada aos desfechos maternos.

Com base nesses achados, considera-se primordial a importância desses levantamentos contribuindo e trazendo benéficos para as gestantes, recém nascidos e profissionais da área da saúde. Fazem-se importantes futuras investigações que deverão contemplar outras variáveis e a realização de estudos prospectivos que permitirão a coleta de informações. Para isso é importante sensibilizar para o completo preenchimento dos prontuários, sendo esta uma das maiores limitações dos estudos retrospectivos.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Thaís Rocha; VIANA, Fabiana Pavan; RASSI, Salvador. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. *Arqbrascardiol*, v. 91, n. 1, p. 11-7, 2008.

BACELAR, Eloisa Barreto et al. Fatores associados à síndrome hipertensiva da gestação em adolescentes e adultas jovens da Região Nordeste do Brasil. 2016.

BEZERRA, Elmiro Hélio Martins et al. Mortalidade materna por hipertensão; índice e análise de suas características em uma maternidade-escola Maternal mortalitydueto hypertension; rate andanalysisof its characteristics in a teachingmaternity hospital. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 27, n. 9, p. 548-553, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, 2012.

CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos; CECATTI, José Guilherme; VEGA, Carlos Eduardo Pereira. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, p. 310-315, 2006

CARRENO, Ioná; BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 15, p. 396-406, 2012.

CHAIM, Solange ReginaPerfetto; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos; KIMURA, AméliaFumiko. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. *Acta paulista de enfermagem*, v. 21, n. 1, 2008.

CORDOVIL, Ivan. Hipertensão arterial na gravidez: aspectos práticos. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro*, v. 16, n. 1, p. 9-15, 2003.

COSTA, S.H.M.; RAMOS, J.G.L.; VETTORI, D.V.; VALÉRIO, E.G. Hipertensão Crônica e complicações na gravidez. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul*, n.5, 2005.

CUNHA, Alfredo de Almeida et al. Factors associated with perinatal asphyxia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 26, n. 10, p. 799-805, 2004.

DALLA COSTA, Lediane et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. 2, 2016.

DE ALMEIDA, Thassiany Sarmiento Oliveira et al. Investigação sobre os fatores de risco da prematuridade: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 17, n. 3, p. 301-308, 2013

DOS SANTOS, Dialla Tâmara Alves; CAMPOS, Carla Santana Mariano; DUARTE, Maria Luisa. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 9, n. 30, p. 13-22, 2014.

DUSSE, Luci Maria Sant'Ana; VIEIRA, Lauro Mello; CARVALHO, Maria das Graças. Revisão sobre alterações hemostáticas na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). *J braspatolmedlab*, v. 37, n. 4, p. 267-72, 2001.

FERRAZ, Thaise da Rocha; NEVES, Eliane Tatsch. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. *Rev. gauch. enferm*, v. 32, n. 1, p. 86-92, 2011.

FERREIRA MOURA, Escolástica Rejane et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. *Cogitare Enfermagem*, v. 15, n. 2, 2010

FONSECA, J.J.S. metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Disponível em: www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf. Acesso em: 15 de abril de 2013.

FONSECA, Sandra Costa; COUTINHO, Evandro Silva Freire. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controlado. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, p. 240-252, 2010.

FREIRE, Cláudia Maria Vilas; TEDOLDI, Citânia Lúcia. 17. Hipertensão arterial na gestação. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 93, n. 6, p. 159-165, 2009

GONÇALVES, Roselane; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella; SOBRAL, Danielle Henriques. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. *Rev bras enferm*, v. 58, n. 1, p. 61-4, 2005

HENRIQUE, MAURO et al. Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. *Rev Assoc Med Bras*, v. 52, n. 6, p. 390-4, 2006

MARTINS, Cleusa Alves; DE REZENDE, Leilinéia Pereira Ramos; VINHAS, Dayane Cristina Silva. Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia. *Revista eletrônica de enfermagem*, v. 5, n. 1, 2003.

MARTINS-COSTA, Sérgio; RAMOS, José Geraldo Lopes. questão das cesarianas. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 27, n. 10, p. 571-4, 2005

MARTINS, Marialda et al. A produção de conhecimento sobre hipertensão gestacional na pós-graduação stricto sensu da enfermagem brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 4, p. 802-808, 2012.

MAURO HENRIQUE DE LIMA FERRÃO, M.H.L.; PEREIRA, A.C.L.; GERSGORIN, H.C.T.; PAULA, T.A.A.; CORREA, R.R.M.; CASTRO, E.C.C. Efetividade do tratamento de gestantes Hipertensas. *Rev Assoc Med Bras*, n.52, v.6, 2006.

- MELO, Brena Carvalho Pinto et al. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave Epidemiological profile and postpartum outcome in severe preeclampsia. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 55, n. 2, p. 175-180, 2009.
- MORSE, Márcia Lait et al. Morbidade materna grave e near misses em hospital de referência regional. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 14, n. 2, p. 310-322, 2011
- MOURA, Escolástica Rejane Ferreira et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. Cogitare Enfermagem, v. 15, n. 2, 2010.
- MOURA, Marta David Rocha; MARGOTTO, Paulo Roberto; RUGOLO, Ligia Maria Suppo de Souza. Alterações do fluxo sanguíneo em artéria umbilical na síndrome hipertensiva gestacional e suas implicações nos resultados neonatais. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, p. 71-77, 2013.
- NEVES, J.L. pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. Caderno de pesquisas em Administração, São Paulo, v.1, n.3, 1996.
- OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes de; GRACILIANO, Nayara Gomes. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 24, p. 441-451, 2015.
- OLIVEIRA, Leonam Costa; COSTA, Aurélio Antônio Ribeiro da. Maternal near miss in the intensive care unit: clinical and epidemiological aspects. Revista Brasileira de terapia intensiva, v. 27, n. 3, p. 220-227, 2015
- PEREIRA, G.T.; SANTOS, A.A.P.; SILVA, J.M.O.; *et al.* **Perfil epidemiológico da mortalidade materna por hipertensão: análise situacional de um estado nordestino entre 2004-2013.** Rev FundCare Online. 2017 jul/set; 9(3):653- 658.
- PERFETTO CHAIM, Solange Regina; JUNQUEIRA VASCONCELLOS DE OLIVEIRA, Sonia Maria; FUMIKO KIMURA, Amélia. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. Acta paulista de enfermagem, v. 21, n. 1, 2008.
- PINHEIRO DA SILVA, Marlucilena et al. Avaliação das condutas de prevenção da síndrome hipertensiva específica da gravidez entre adolescentes. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 11, n. 4, 2010.
- RODRIGUES, R. B. et al. **Mortalidade neonatal:** estudo epidemiológico em uma maternidade pública. Revista de enfermagem UFPE online, Recife, v. 7, n. 10, p. 5968-5975, 2013.
- SANTOS, Eliane Menezes Flores et al. Profile of gestational and metabolic risk in the prenatal care service of a public maternity in the Brazilian Northeast. Revista Brasileira de Ginecologia e

Obstetrícia, v. 34, n. 3, p. 102-106, 2012.

SASS, N.; OLIVEIRA, L. G. de. **Obstetrícia**. 1. ed. – [Reimpr.] – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SIBAI BM, MERCER B, SARINOGLU C. Severe preeclampsia in the second trimester: recurrence risk and long-term prognosis. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 1408.

SOUZA, Alex Sandro Rolland de et al. Pré-eclâmpsia. *Femina*, v. 34, n. 7, p. 499-507, 2006.

SOUZA, Nilba Lima et al. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 5, p. 704-710, 2007.

SOUZA, Nilba Lima; ARAUJO, Ana Cristina Pinheiro Fernandes; COSTA, Iris do Céu Clara. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 6, p. 1285-1292, 2012
