



Revista
Saúde Integrada
ISSN 2447-7079

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO: ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

Carla Zanatelli

Biomédica - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre/UFCSPA.
Email: carlah.zanatelli@hotmail.com

Camila Doberstein

Biomédica. Esp em Análises Clínicas– CNEC/IESA. Email: camilad_biomed@hotmail.com

Jandaia Pauline Girardi

Acadêmica do curso de Biomedicina – CNEC/IESA. Email: jandaiapauline@hotmail.com

Juliana Posser

Biomédica. Esp em Análises Clínicas- Hematologia – CNEC/IESA. Email: julianaposser@hotmail.com

Derliane Glonvezynski dos Santos Beck

Fisioterapeuta. Mestre em Fisiologia – UFRGS. Professora do curso de Biomedicina, Fisioterapia e Odontologia - CNEC/IESA. Email: degbeck@gmail.com

RESUMO

A mortalidade materna no Brasil é um grande desafio para os serviços de saúde do nosso país, além de ser destacada como um excelente indicador de saúde, não só da mulher, mas da população geral; mostra, também, iniquidades. A redução da mortalidade materna é uma das principais metas dos serviços de saúde, estando também incluída nas Metas do Desenvolvimento do Milênio da ONU. A hipertensão arterial é uma doença crônica considerada a principal causa de morte materna no país. As síndromes hipertensivas que ocorrem no período gestacional classificam-se em hipertensão crônica, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional, sendo que os principais fatores de risco para seu desenvolvimento são obesidade, diabetes, doença renal, gravidez múltipla, primiparidade e antecedentes pessoais ou familiares. O objetivo do estudo é destacar as principais alterações decorrentes das síndromes hipertensivas no período gestacional e o impacto destas para a gestante e o feto, bem como estabelecer as causas, prevenção e tratamento. O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica para verificar os riscos causados por uma gestação acompanhada de Síndromes Hipertensivas, sendo que as palavras-chave utilizadas na busca foram hipertensão arterial, hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. Com base no estudo observa-se que por caracterizarem gestações de alto risco, as síndromes hipertensivas merecem maior atenção, com um atendimento especializado, profissionais capacitados e com acompanhamento digno, deve-se adotar um acompanhamento pré-natal de qualidade, principalmente para as gestantes de risco, fornecendo todas as ferramentas necessárias para que a gestante possa ter uma gestação normal e sem intercorrências.

Palavras-chave: hipertensão. Gestação. Pré-eclâmpsia.

ABSTRACT

The hypertension is a chronic illness considered the main cause of maternal death in Brazil. The hypertensive

p. 73-81

syndromes that occur in the gestational period are classified in chronic hypertension, daily pre-eclampsia/eclampsia, overlapping daily pre-eclampsia to the chronic hypertension and gestational hypertension, being that the main factors of risk for its development are obesity, diabetes, renal illness, multiple pregnancy, primiparous, personal or and familiar antecedents. The objective of the study is to detach the main decurrent alterations of the hypertensive syndromes in the gestational period and the impact of these for the pregnant and the embryo, as well as establishing the causes, prevention and treatment. The present study one is about a bibliographical research to verify the risks caused for a gestation with Hypertensive Syndromes, being been that the word-key used in the search had been arterial hypertension, gestational hypertension and pre-eclampsia. On the basis of the study it is observed that for characterizing gestations of high risk, the hipertensivas syndromes deserve greater attention, with a specialized attendance, professional able and with worthy accompaniment. Being the main cause of maternal death and still causing risks to the embryo, must be adopted a prenatal accompaniment of quality, mainly for the pregnant of risk, supplying all the necessary tools so that the pregnant can have a normal gestation and without problems.

Keywords: hypertension. Gestation. Pré-eclampsia.

INTRODUÇÃO

A cada minuto morre no mundo uma mulher em decorrência de complicações da gravidez e do parto. Ao final de um ano teremos um total de 529 mil mortes, a maioria das quais ocorre em países em desenvolvimento e poderia ser evitada. Para cada mulher que perde a vida outras trinta sofrem seqüelas ou problemas crônicos de saúde (MARTINS, 2006).

A morte materna configura-se como um problema de saúde pública no Brasil. De acordo com o Ministério da Saúde (2004), as elevadas taxas de mortalidade materna integram um quadro de violação dos direitos humanos de mulheres e de crianças, alcançando desigualmente aquelas das classes sociais com menor acesso aos bens sociais, nas várias regiões brasileiras.

Considerada um grave e crescente problema de saúde pública, a hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica que atinge todos os estratos socioeconômicos, com prevalência de 12 a 35% entre os brasileiros. É uma relevante causa de morbi-mortalidade sendo considerado um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças como acidente vascular cerebral (BORGES; CRUZ; MOURA, 2008).

Doenças crônicas como a hipertensão são preocupantes no mundo todo, decorrente dos gastos para o sistema público de saúde, além de representarem um desafio para os profissionais da área, tendo em vista que muitos pacientes abandonam o tratamento após o desaparecimento dos sintomas, acarretando em prejuízos ainda maiores (GUEDES et al., 2011).

A hipertensão arterial afeta homens e mulheres, mas durante a gestação destaca-se como sendo a doença que mais provoca efeitos nocivos no organismo materno, fetal e neonatal (CHAIM; OLIVEIRA; KIMURA, 2008). No Brasil é a principal causa de morte materna decorrente diretamente da gravidez, sua prevalência depende da faixa etária, raça, sexo, obesidade e presença de patologias associadas, como diabetes (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

As síndromes hipertensivas que ocorrem no período gestacional acometem cerca de 6 a 8% das gestantes e classificam-se em hipertensão crônica, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional, sendo esta última, a forma mais frequente (FERRÃO et al., 2006). Obesidade, diabetes, doença renal, gravidez múltipla, primiparidade e antecedentes pessoais ou familiares são alguns dos fatores que

aumentam o risco do desenvolvimento das síndromes hipertensivas gestacionais (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008).

As síndromes hipertensivas podem causar várias complicações como encefalopatia hipertensiva, função renal comprometida, falência cardíaca, hemorragia retiniana, associação com pré-eclâmpsia, coagulopatias, além de causar riscos ao feto que fica sujeito à restrição de crescimento intrauterino, deslocamento prematuro de placenta, sofrimento fetal, baixo peso, prematuridade e morte intraútero (VETTORE et al., 2011).

As síndromes hipertensivas são consideradas a primeira causa de mortalidade no Brasil e a terceira no mundo. Em países desenvolvidos, a cada 100 gestantes, no mínimo 2 e no máximo 8, desenvolvem tal evento. Diante desse fato, merecem maior importância na saúde pública mundial (NORONHA NETO; SOUZA; AMORIM, 2010). Dessa forma, este estudo se propõe a realizar uma revisão acerca das principais alterações decorrentes das síndromes hipertensivas no período gestacional e o impacto destas para a gestante e o feto, bem como estabelecer as causas, prevenção e tratamento.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica sobre os riscos causados por uma gestação acompanhada de Síndromes Hipertensivas, com a finalidade de contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre o tema investigado. O levantamento bibliográfico desta revisão foi realizado por meio de busca por artigos científicos dos bancos de dados online, através da utilização do Google Acadêmico, MEDLINE/Pubmed e Scielo publicados no período de 1990 até 2012. As palavras-chave utilizadas na busca foram: hipertensão arterial, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia.

Foram inicialmente obtidos 6.580 artigos, que após critério de inclusão através do refinamento com os descritores, tempo de publicação, relevância, leitura de título e resumo dos trabalhos, foram selecionados 68 artigos científicos para leitura na íntegra. Destes, 24 foram utilizados para a escrita do artigo.

DISCUSSÃO

Níveis aumentados da pressão arterial são responsáveis pela maior parte dos problemas cardiovasculares que resultam em grande ônus para a sociedade devido a hospitalizações, mortes e invalidez. Em 2005, no Brasil, foram constatadas mais de um bilhão de internações devido a doenças cardiovasculares, o que acarretou em um custo de R\$ 1.323.775.008,283. Este elevado custo social, associado à alta prevalência, morbidade e mortalidade, fazem da pressão arterial um grave problema de saúde pública, sendo que seu controle está entre as prioridades propostas pelo Ministério da Saúde (DUARTE et al., 2010).

Durante o período gestacional, ocorrem diversas alterações no organismo para adequá-lo a tal evento. Tais alterações envolvem o aumento da volemia e débito cardíaco com consequente diminuição da resistência periférica para manutenção de níveis tensionais normais. Alguns distúrbios derivados de processos adaptativos dão origem à hipertensão induzida pela gestação (GONÇALVES et al., 2005). Existem diversos fatores que contribuem para a hipertensão arterial na gestação, mas segundo um estudo realizado no Brasil, os principais são a idade materna acima de 40 anos, a primiparidade e a hipertensão arterial

crônica (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008).

É de fundamental importância diferenciar a hipertensão que antecede a gestação da que é condição específica da mesma, pois o impacto e o controle de tais condições são diferentes sobre a mãe e o feto. Mesmo considerada importante problema de saúde pública, a etiologia da hipertensão arterial na gestação continua desconhecida, mas acredita-se haver uma combinação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais que determinam tal patologia (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

A hipertensão gestacional é definida como o aumento da pressão arterial após 20 semanas de idade gestacional sem presença de proteinúria, podendo retornar aos limites normais transcorridas 12 semanas após o parto (FREIRE; TEDOLDI, 2009). Gestantes que desenvolvem hipertensão arterial apresentam níveis de pressão diastólica estáveis até a metade da gestação com um aumento após este período até o parto. Já nas gestantes normotensas, a pressão diastólica diminui progressivamente até a metade do período gestacional (COSTA et al., 2011).

Uma das principais complicações do período gravídico puerperal é a pré-eclâmpsia, uma doença multissistêmica de etiologia desconhecida exclusiva da gestação que tem incidência em 3 a 14% entre as gestações. O parto é a única cura conhecida para a PE, por isso é importante prevenir suas complicações precocemente (FACCA; KIRSTAJN; SASS, 2012). A pré-eclâmpsia gestacional é caracterizada por apresentar níveis altos de PA, proteinúria e, na maior parte dos casos, edema; e quando associada à convulsão, recebe a denominação de eclâmpsia (BEZERRA et al., 2005).

A proteinúria, contagem de plaquetas, bilirrubinas, creatinina, transaminases e a desidrogenase láctica, são alguns dos exames laboratoriais adotados como de valor prognóstico nas síndromes hipertensivas. Dentre estes exames, deve-se atenção a proteinúria positiva, indicativo de pré-eclâmpsia. Geralmente a proteinúria é detectada 3 a 4 semanas antes de se notar complicações no desenvolvimento fetal e pioras no quadro clínico materno (COELHO et al., 2004).

Ainda não existe um consenso para classificar a pré-eclâmpsia, de acordo com o momento de seu surgimento durante a gestação, mas o mais utilizado como de início precoce e tardio tem sido o corte em 34 semanas gestacionais. A pré-eclâmpsia precoce que antecede a 34ª semana de gestação é menos frequente, mas está relacionada à forma mais grave clinicamente. A partir da 34ª semana de gestação a pré-eclâmpsia é denominada tardia, sendo considerada a mais frequente e está associada a uma placentação normal ou pouco alterada (REIS et al., 2010).

Alguns fatores de risco estão associados ao desenvolvimento da pré-eclâmpsia, como hipertensão, diabetes, obesidade e etnia, porém algumas gestantes não apresentam tais fatores e acabam tendo esta complicação, tornando-se necessário o uso de marcadores bioquímicos. A predição de quais mulheres poderão desenvolver tal doença é de suma importância, pois assim os cuidados médicos podem ser direcionados e dessa forma elaborar medidas preventivas que ajudarão a minimizar os riscos maternos e fetais (CAVALLI et al., 2009).

O desenvolvimento da pré-eclâmpsia segue três fases, inicialmente ocorre uma quebra de tolerância, na qual há produção inadequada de citocinas e quimiocinas que tornam a interface materno-fetal inadequada para uma gestação normal, resposta inflamatória e conseqüente pré-eclâmpsia (OLIVEIRA et al., 2006). Detectada geralmente no terceiro trimestre da gestação, a pré-eclâmpsia atinge cerca de 5 a 8 % das gestantes.

Podendo apresentar intensa inflamação, lesão endotelial, agregação plaquetária, ativação do sistema de coagulação e aumento da resistência vascular generalizada, entre outros, a pré-eclâmpsia pode interferir em todos os órgãos. Devido a esta gravidade, estima-se que no Brasil cerca de três gestantes morrem por dia (OLIVEIRA; KARUMANCHI; SASS, 2010).

Uma das complicações da pré-eclâmpsia é a síndrome HELLP que atinge de 2 a 12% das pacientes com pré-eclâmpsia grave, é caracterizada por apresentar hemólise, aumento das enzimas hepáticas e diminuição na contagem de plaquetas (SILVA et al., 2008).

A pré-eclâmpsia é responsável por inúmeras indicações de interrupção prematura da gestação e uma das principais causas de internação em unidade de terapia intensiva obstétrica, sendo que se pacientes não forem bem acompanhadas no tratamento ou tiverem uma evolução desfavorável, a pré-eclâmpsia pode levar a óbito, por este motivo a doença é a maior responsável pela mortalidade materna no Brasil (MELO et al., 2009).

A manifestação convulsiva ou comatosa da pré-eclâmpsia é denominada eclâmpsia e é a forma mais grave dentre os distúrbios hipertensivos, apresentando evolução insidiosa e grave em proporções mundiais. Nos países desenvolvidos estima-se incidência em torno de 1:330 partos. Vários são os motivos que levam a morte materna decorrente da eclâmpsia, dentre eles, hemorragia cerebral, insuficiência renal aguda, insuficiência hepática, e complicações respiratórias (NOVO; GIANINI, 2010).

No início de seu surgimento, a eclâmpsia era tratada com a sangria materna, pois acreditava-se que a “toxina” presente na doença deveria ser eliminada, posteriormente, era feita a administração de drogas anti-hipertensivas e anticonvulsivantes, o que levava em muitos casos, o feto ao óbito (RUANO; ALVES; ZUGAIB, 2004).

Em países em desenvolvimento, onde há elevada taxa de mortalidade materna, o estudo de tal patologia se torna importante para que se possa identificar deficiências no atendimento e estabelecer medidas apropriadas para redução dos óbitos, sendo que o pré-natal é importante contribuinte (VEGA; KAHHALE; ZUGAIB, 2007).

Para uma gravidez com segurança, um acompanhamento pré-natal periódico é de fundamental importância. A atenção básica neste período deve adotar medidas preventivas e de promoção da saúde, tratando precocemente intercorrências, como a pré-eclâmpsia, que possam trazer evoluções desfavoráveis. As gestantes propensas a sofrerem intercorrências devem receber suporte emocional e psicológico, além de orientações e um atendimento digno a elas e aos familiares (SOUZA et al., 2007).

As causas das doenças hipertensivas na gestação ainda são incertas, o que acaba dificultando a sua prevenção, mas os fatores de risco já identificados auxiliam a diminuir a frequência da doença. Considerada um dos principais problemas em obstetrícia em países em desenvolvimento, a hipertensão durante a gestação ainda apresenta dificuldades para um diagnóstico precoce, alguns testes possuem um custo elevado, além de invasivos, impede a utilização durante a rotina (DALMÁZ et al., 2011).

Uma análise realizada no Brasil sobre as causas da prematuridade aponta que as síndromes hipertensivas da gestação foram responsáveis por 38% dos nascimentos pré-termo, sendo as gestantes que receberam tratamento anti-hipertensivos as consideradas grupo de maior risco para a prematuridade. Entretanto, se faz necessário o conhecimento da fisiopatologia, o diagnóstico precoce e acompanhamento pré-natal de qualidade para evitar resultados materno-fetal desfavoráveis (SOUZA; ARAÚJO; COSTA, 2011).

Devido à má qualidade dos dados e falta de pesquisa detalhada e abrangente, o sistema de coleta de dados sobre morte materna do Brasil é precário, não tendo registro

adequado de mortes maternas. E apesar das dificuldades, os registros apontam a falta de qualidade dos serviços de assistência à gestação, parto e puerpério (CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006).

Sendo a intercorrência clínica mais frequente na gravidez, o estudo das síndromes hipertensivas da gestação é de grande importância, tanto para os clínicos e gestantes quanto para a comunidade em geral. Para reduzir os riscos maternos e perinatais devem-se criar estratégias para melhorar a assistência as mulheres hipertensas, as quais merecem tratamento especial com pré-natal diferenciado (COELHO et al., 2004).

Em um estudo foi constatado que 61,4% das grávidas não realizaram o pré-natal, e que apenas 6,1% das gestantes satisfizeram o mínimo de seis consultas, estabelecido pelo Organização Mundial de Saúde. É indiscutível a importância do pré-natal para uma gestação saudável, quanto melhor a assistência pré-natal, menores são os índices de complicações obstétricas (BEZERRA et al., 2005).

Em uma análise epidemiológica que relacionou pré-eclâmpsia e encefalopatia neonatal, constatou-se que 14,5% dos neonatos de gestantes que apresentaram pré-eclâmpsia tiveram encefalopatia. Além disso, outras possíveis repercussões neurológicas podem acometer o feto, dependendo da idade gestacional (DIAS et al., 2005).

Segundo Viggiano et al. (2004) “a situação humana e social de um país e de seu povo é certamente expressa pela mortalidade materna”. Sendo assim, o trabalho em equipe, onde cada profissional contribui com seu conhecimento diagnóstico ou terapêutico, seria o ideal para a evolução satisfatória de casos graves e conseqüente redução da mortalidade materna.

CONCLUSÃO

Dependendo da severidade da hipertensão arterial na gestação, esta pode ocasionar danos irreparáveis para a gestante e para o feto, quanto mais precoce for o diagnóstico e as intervenções necessárias, maiores são as possibilidades de uma gestação sem complicações.

Por caracterizarem gestações de alto risco, as síndromes hipertensivas merecem maior atenção, com um atendimento especializado, profissionais capacitados e com acompanhamento digno. Sendo a principal causa de morte materna e ainda causando riscos ao feto, deve-se adotar um acompanhamento pré-natal de qualidade, principalmente para as gestantes de risco, fornecendo todas as ferramentas necessárias para que a gestante possa ter uma gestação normal e sem intercorrências.

Além da utilização de medicamentos anti-hipertensivos, as gestantes devem tomar consciência da severidade desta doença, adotando também hábitos de vida saudáveis, como uma dieta com baixa ingestão de sódio, abolir o uso de bebidas alcoólicas e realizar atividades físicas regulares, proporcionando assim uma gestação mais tranquila e um futuro saudável para o feto.

REFERÊNCIAS

ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. Estudo dos Principais Fatores de Risco Maternos nas Síndromes Hipertensivas da Gestação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 91, n. 1, p. 11-17, 2008.

BEZERRA, E. H. M. et al. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 27, n. 9, p. 548-553, 2005.

- BORGES, H. P.; CRUZ, N. C.; MOURA, E. C. Associação entre Hipertensão Arterial e Excesso de Peso em Adultos, Belém, Pará, 2005. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 91, n. 2, p. 110-118, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004
- CALDERON, I. M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA, C. E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 28, n. 5, p. 310-315, 2006.
- CAVALLI, R. C. et al. Predição de pré-eclâmpsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 31, n. 1, p. 1-4, 2009.
- CHAIM, S. R. P.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; KIMURA, A. F. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 21, n. 1, p. 53-58, 2008.
- COELHO, T. M. et al. Proteinúria nas síndromes hipertensivas da gestação: prognóstico materno e perinatal. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 50, n. 2, p. 207-213, 2004.
- COSTA, F. S. et al. Early screening for preeclampsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 33, n. 11, p. 367-375, 2011.
- DALMAZ, C. A. et al. Risk factors for hypertensive disorders of pregnancy in Southern Brazil. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 57, n. 6, p. 692-696, 2011.
- DIAS, B. R. et al. Desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes filhos de mães que apresentaram hipertensão arterial na gestação. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. v. 63, n. 3ª, p. 632-636, 2005.
- DUARTE, M. T. C. et al. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2603-2610, 2010.
- FACCA, T. A.; KIRSZTAJN, G. M.; SASS, N. Pré-eclâmpsia (indicador de doença renal crônica): da gênese aos riscos futuros. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v. 34, n. 1, p. 87-93, 2012.
- FERRÃO, M. H. L. et al. Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 52, n. 6, p. 390-394, 2006.
- FREIRE, C.; TEDOLDI, C. L. Hipertensão arterial na gestação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 93, n. 6, p. 110-178, 2009.
- GONÇALVES, L. C. et al. Prevalência de Hipertensão Arterial em Mulheres Com Passado de Distúrbios Hiperglicêmicos na Gestação. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**. v. 49, n. 2, 2005.
- GUEDES, M. V. C. et al. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 64, n. 6, p. 1038-42, 2011.
- MARTINS, L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006.
- MELO, B. C. P. et al. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 55, n. 2, p. 175-180, 2009.
- NORONHA NETO, C.; SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 32, n. 9, p. 459-468, 2010.
- NOVO, J. L. V. G.; GIANINI, R. J. Mortalidade materna por eclampsia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 10, n. 2, p. 209-217, 2010.
- OLIVEIRA, C. A. et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 6, n. 1, p. 93-98, 2006.
- OLIVEIRA, L. G.; KARUMANCHI, A.; SASS, N. Pré-eclâmpsia: estresse oxidativo, inflamação e disfunção endotelial. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 32, n. 12, p. 609-616, 2010.
- PERAÇOLI, J. C.; PARPINELLI, M. A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 27, n. 10, p. 627-634, 2005.
- REIS, Z. S. N. et al. Pré-eclâmpsia precoce e tardia: uma classificação mais adequada para o prognóstico materno e perinatal? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 32, n. 12, p. 584-590, 2010.
- RUANO, R.; ALVES, E. A.; ZUGAIB, M. Sulfato de magnésio (mgso4) no tratamento e prevenção da eclampsia: qual esquema adotar? **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 50, n. 3, p. 229-251, 2004.
- SILVA, R. F. N. et al. Significado da presença de esquizócitos no sangue periférico de gestantes com pré-eclâmpsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 30, n. 8, p. 406-412, 2008.
- SOUZA, N. L. et al. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré eclampsia. **Revista de Saúde Pública**. v. 41, n. 5, p. 704-710, 2007.
- SOUZA, N. L.; ARAÚJO A. C. P. F.; COSTA I. C. C. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro.

Revista da Escola de Enfermagem USP. v. 45, n. 6, p. 1285-1292, 2011.

VEGA, C.; KAHHALE, S.; ZUGAIB, M. Maternal mortality due to arterial hypertension in São Paulo City (1995-1999). **Clinics.** v. 62, n. 6, p. 679-684, 2007.

VETTORE, M. V. et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 27, n. 5, p. 1021-1034, 2011.

VIGGIANO, M. B. et al. Necessidade de Cuidados Intensivos em Maternidade Pública Terciária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** v. 26, n. 4, p. 317-323, 2004.

Recebido em: 20/05/2016

Revisões requeridas em: 30/06/2016

Aceito em: 11/08/2016