

CONHECIMENTOS E SENTIMENTOS DE MULHERES PORTADORAS DE DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ

Knowledge and feelings of women bearers of specific hypertensive pregnancy malady

Artigo original

RESUMO

O estudo investigou o grau de conhecimentos e sentimentos das mulheres portadoras de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) despertados em relação à doença. O método de pesquisa proposto foi exploratório e descritivo, tendo sido os sujeitos de estudo gestantes e puérperas portadoras de DHEG, que estavam internadas em uma maternidade escola de Fortaleza, Ceará, onde a amostra foi constituída de 21 mulheres. Foi utilizado um formulário contendo questões sobre o perfil sócio-econômico, antecedentes obstétricos, conhecimentos e sentimentos vivenciados pelas portadoras. Posteriormente, os depoimentos foram organizados, utilizando-se o método de inferência proposto por Laurence Bardin e analisados à luz do referencial bibliográfico pesquisado. Os resultados mostraram que as mulheres possuem certo grau de conhecimento acerca da doença, porém, não têm consciência da gravidade desta patologia; não são orientadas sobre os riscos e complicações; as poucas informações que têm são provenientes de familiares e amigos. Elas estavam ansiosas para retornar ao lar e preocupadas com a família; inseguras quanto aos procedimentos e condutas realizadas; com medo da própria morte e temerosas por desconhecerem a doença que as assolava. Concluiu-se que tendo essas mulheres a possibilidade de expor seus medos e angústias, sob os devidos cuidados, e estando mais bem informadas sobre a doença, poderão tornar-se menos vulneráveis e capazes de lidar com as inúmeras dificuldades causadas por essa patologia.

Descritores: gravidez de alto risco, pré-eclampsia, hipertensão

ABSTRACT

The study investigated the extent of awareness about Pregnancy Specific Hypertensive Malady among infected women, and their feelings regarding the Malady. The proposed study method was exploratory and descriptive. Pregnant women and those in a labor process, in a total of twenty-one women, made up the sample. A questionnaire form was used basically to verify their social economic profile, obstetric antecedents, degree of awareness, and also how they were feeling since the disease came up. After that, the statements were organized through the deduction method proposed by Laurence Bardin, and also through all the bibliographic pile researched. The results showed that women have a certain degree of understanding the Malady. They are not, however, conscious of the gravity of this disease; they are not informed of the risks and complications involved. They do have a little information that comes from their relatives and friends. The study also observed that they are anxious to get at home and very worried about their families. They are insecure regarding the procedures and methods used, afraid of their own deaths and fears, and principally worried for not knowing exactly what is the Malady Disease. It was concluded that the infected women by the Malady Disease could become more vulnerable and more capable to deal with innumerable difficulties if they had the opportunity to be informed about the Malady Disease, and also to expose their fears and anxieties under a special care.

Descriptors: High-risk pregnancy, Pre clamps, Hyper tension.

Maria Vilma Pereira Leal ⁽¹⁾

(1)Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Ceará

Recebido em: 08/09/2003

Revisado em: 07/11/2003

Aceito em: 15/11/2003

INTRODUÇÃO

Eclampsia é um distúrbio hipertensivo gestacional que se caracteriza pelos episódios convulsivos conseqüentes a efeitos cerebrais profundos da pré-eclampsia. É um vocábulo que provém do grego *éklampsis*, cujo significado é “luz brilhante”; datado de 1858 no vernáculo⁽¹⁾. De posse desta informação, vemos que o conhecimento da toxemia gravídica, outra denominação para Distúrbios Hipertensivo Específico da Gravidez - DHEG, usada por alguns autores, não é recente.

A DHEG foi descrita⁽²⁾ desde os tempos em que os primeiros registros começaram a ser feitos e cuja ocorrência era atribuída a maus espíritos, mau gênio e, mais recentemente, à ingestão de sódio e ao ganho de peso durante a gestação.

A terapêutica variava de acordo com a etiologia e a sofisticação da arte e da ciência médica da época. Assim⁽²⁾, “alinhar o corpo da mulher com os pólos magnéticos da terra, o uso de ervas e encantamentos e, talvez, até mesmo, o ‘olho de salamandra, dedo de rã’, eram tratamentos populares de épocas remotas”.

É notório que a gravidez é um fenômeno natural complexo, que traz consigo diversos eventos físicos, psíquicos e, não raro, patológicos.

Dentre os eventos patológicos, capazes de acometer a mulher no seu ciclo gravídico-puerperal, encontra-se a DHEG, à qual pode desenvolver-se em qualquer ocasião a partir da vigésima semana de gestação ou no período puerperal imediato. Esta patologia caracteriza-se por hipertensão acompanhada de proteinúria ou edema, sendo estes chamados de tríade da DHEG.

Classifica-se⁽³⁾ a DHEG em duas formas básicas: pré-eclampsia (forma não convulsiva marcada pelo início da hipertensão aguda após a vigésima semana de gestação) e eclampsia (forma convulsiva que incide entre a vigésima semana de gestação e o final da primeira semana após o parto). Há ainda a subdivisão da pré-eclampsia em leve e grave.

Estudos mostram que a incidência média da DHEG é de 5 a 10% das gestações, com taxas de mortalidade materna e fetal em torno de 20%. Trata-se, portanto, de um percentual bastante significativo⁽⁴⁾.

O trabalho que ora apresentamos surgiu das nossas inquietações, quando bolsista voluntária na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em Fortaleza-CE. Durante seis meses, alocados no centro obstétrico, pudemos acompanhar de perto inúmeras mulheres, a nosso ver, em seu momento mais sublime: o momento do nascimento, da manifestação da vida. Porém, um fato chamou-nos a atenção: a frequência de mulheres portadoras de DHEG naquele setor. Este fato aguçou-nos a curiosidade e fez com que nos aproximássemos mais dessas mulheres e conhecêssemos um pouco suas

histórias de vida. À medida que adentrávamos na intimidade destas mulheres, várias indagações surgiam em nossa mente: quem eram estas mulheres? onde vivem? como vivem? que conhecimento elas tinham acerca da doença? como se sentiam ao vivenciar esta patologia?

Em meio a tantas indagações, dispusemo-nos a realizar um estudo que nos permitisse investigar o grau de conhecimentos e os sentimentos das mulheres portadoras de DHEG, de modo a responder a nossos anseios.

Destarte, pretendemos com este estudo chamar a atenção dos profissionais que trabalham diretamente com estas mulheres, sobre a importância da orientação ao paciente, pois além de ser um direito do cliente é também um dever dos profissionais da saúde esclarecê-lo dessa e de outras patologias. Ao mesmo tempo, consideramos que identificar os conhecimentos e os sentimentos enfrentados pelos pacientes em relação à patologia é deveras importante, pois de posse dessas informações, estes poderão sentir-se mais seguros, entender e aceitar melhor o tratamento e as orientações dadas pelos profissionais.

MÉTODOS

O estudo em questão é de caráter exploratório e descritivo. Realizou-se em maio de 2003 na Maternidade Escola Assis Chateaubriand de atendimento terciário, localizada na cidade de Fortaleza, Ceará. A referida instituição foi escolhida pelo fato de atender a uma demanda significativa da população (em média 674 partos/mês e 8.089 partos/ano). Além do mais a instituição dispõe de uma unidade de internação composta de 10 leitos, específica para pacientes portadoras de DHEG.

Pelo fato da DHEG acometer gestantes (a partir da 20ª semana de gestação) e puérperas, o universo da pesquisa abrangeu este grupo de mulheres internadas na enfermaria de DHEG, situada no 2º andar da Maternidade Escola, contando com de 21 mulheres. Como instrumento para a coleta dos dados, lançamos mão, na entrevista, de tipo despadronizado com modalidade clínica, de um formulário contendo questões sobre perfil sócio-econômico, antecedentes obstétricos, conhecimento e sentimentos acerca da doença.

Os dados foram organizados de acordo com o método de inferência proposto por Laurence Bardin⁽⁵⁾, sendo apresentados, estatisticamente, em forma de gráfico, tabelas e esquemas, tendo a análise fundamento na literatura pertinente.

O trabalho em questão foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e pelo Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará - COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho

Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, de acordo com a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução nº 251 de 7 de agosto de 1997, que, respectivamente, aprovou o projeto de pesquisa na reunião do dia 24 de abril de 2003.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após relermos os depoimentos das informantes, visando aos objetivos propostos, buscamos organizar o material coletado. A partir de estudo minucioso dos dados, observamos que as entrevistadas, em sua grande maioria (71%), residem na região metropolitana de Fortaleza e as demais (29%), encontram-se distribuídas em outros municípios, mais distantes da capital, a saber: Santa Quitéria, Quixerê, Itapajé, Tejuçuoca. A princípio, supúnhamos que as mulheres residentes na capital do Estado e em seus arredores (Maranguape, Messejana, Maracanaú, Caucaia etc.) teriam acesso a uma assistência de pré-natal mais qualificada, dada a quanti-qualificação dos serviços oferecidos, o que não se confirmou na realidade, uma vez que não percebemos, durante nosso estudo, diferenças relevantes no grau de conhecimento e cuidados a elas dispensados.

Verificamos, também que a faixa etária prevalente das portadoras de DHEG é de 18 a 22 anos, o que corresponde a 43% da amostra pesquisada. Este dado está em consonância com a literatura consultada⁽²⁾. Salientamos que entre os fatores predisponentes à DHEG inclui-se a idade (gestantes muito jovens ou muito idosas).

Outro fator interessante que encontramos em nosso estudo, é relativo ao grau de instrução das portadoras de DHEG, 57% das entrevistadas têm baixo nível de instrução (1º grau incompleto) e 33% o 2º grau completo; não percebemos grandes diferenças no conhecimento acerca da patologia, em função dos níveis de escolaridade. Embora as informantes tenham certa instrução, percebemos ser alta a incidência de mulheres semi-analfabetas, pois, a maioria delas, apenas assina seus próprios nomes. Trata-se de fato comum, face à precária qualidade da educação pública, oferecida às pessoas de baixo poder aquisitivo. Assim, vale ressaltar a afirmativa: “não existe nenhuma alternativa de solução para os problemas de saúde da população brasileira que possa ser buscada apenas no interior do próprio setor saúde”⁽⁶⁾, ou seja, saúde e política social estão interligadas.

Quanto à economia identificamos que 62% das pessoas entrevistadas têm renda familiar igual ou superior a um salário e meio, sob a problemática de que esta mesma renda, algumas vezes provém de familiares próximos, como mães, avós e afins.

No que diz respeito à sintomatologia vimos que é a clássica de DHEG: cefaléia, turvação visual, epigastralgia,

tontura, edema e vômitos. Todas as pessoas apresentaram, pelo menos, dois desses sintomas, com maior incidência de cefaléia (29%) e edema (16%).

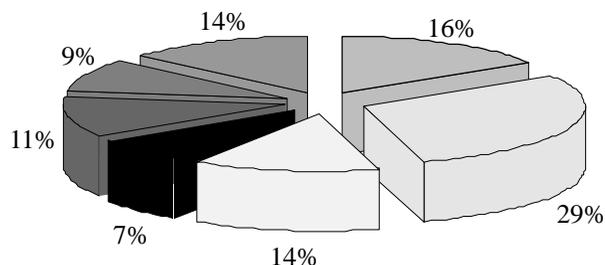
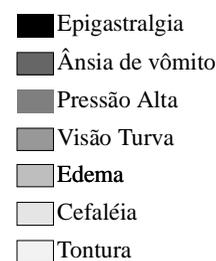


Figura 1: Distribuição da clientela por sintomatologia

Fonte: Pesquisa realizada na MEAC, Fortaleza, Ceará, em maio de 2003.



Já, quanto aos antecedentes obstétricos de nossas entrevistadas, verificamos que os dados estão de acordo com a literatura, quando mostram a prevalência de DHEG entre as primigestas. Com efeito, afirma-se:⁽⁷⁾ “é consenso o fato de que a primeira gestação é um fator predisponente para pré-eclampsia”.

É ainda impossível, tratando-se de DHEG, falar em prevenção primária, pois sua etiologia permanece desconhecida. No entanto, pode-se realizar a prevenção secundária baseada na anamnese, passando pela avaliação clínica e, por fim, fazendo uma avaliação laboratorial. Sendo assim, um pré-natal de qualidade tem a responsabilidade de preparar e orientar as gestantes acerca da gravidez, parto, puerpério e suas intercorrências. Em nosso estudo buscamos identificar o conhecimento das entrevistadas acerca da doença através de três itens: complicações, cuidados e sinônimos.

Foi indagado a estas mulheres quais seriam as complicações decorrentes da doença, ao que elas responderam: com maior frequência: pressão alta (29%); morte (19%); e convulsão (14%). As outras complicações juntas somaram 38%.

Neste item, algumas mulheres disseram, inicialmente, que não sabiam das complicações, porém com o decorrer da entrevista percebemos que elas temiam algo mais grave como a própria morte ou a do bebê.

A mulher é detentora e repassadora do saber acumulado de saúde devido à experiência e vida diária, “as mulheres das classes menos favorecidas, pela sua especificidade de condições de vida desenvolvem, na sua prática cotidiana uma diversidade de atividades em todo o processo saúde/doença – desde atividades sanitárias e educativas na prevenção, promoção, até no tratamento das doenças”⁽⁸⁾.

Quanto aos cuidados, interessava-nos saber quais deles foram tomados quando apresentaram a doença. Seguindo a orientação de parentes e amigos e em alguns casos dos profissionais da saúde, elas disseram ter diminuído o sal dos alimentos, assim como gorduras e massas. Outras medidas tomadas foram de repouso e aferição da pressão arterial, com maior frequência. Foi citado, ainda, o fato de não ter “avexame”, ou seja, não se irritar, não ter grandes abalos emocionais.

Fica claro, aqui, que elas sabem que a sua internação, o seu problema, está relacionado com a pressão alta, prova disto é que conhecem medidas empregadas para este fim, como diminuir o sal da dieta e repousar. Pudemos observar que algumas mulheres não tiveram a oportunidade de realizar medidas preventivas devido ao agravamento da patologia que as deixava inconscientes até chegarem à maternidade.

A respeito da sinonímia da DHEG tínhamos o propósito de saber por qual outro nome a patologia era conhecida e pudemos identificar que as mulheres em estudo a denominavam de eclampsia, doença da pressão, de ataque e convulsão.

À primeira vista, causou-nos surpresa quando vimos que uma quantidade significativa conhecia a doença como eclampsia. Porém, isto se deve ao uso pelos profissionais da instituição dos termos técnicos, que esquecem que estão lidando com pessoas que não conhecem a terminologia científica de sua patologia, apenas guardam a palavra. Algumas até mencionaram o termo DHEG, já que escutavam, freqüentemente, nos corredores das enfermarias. Embora não soubessem o seu significado, entendiam que este relacionava-se com elas. Cabe aqui lembrar o seguinte princípio⁽⁹⁾ o profissional da saúde trata um paciente, não uma doença.

O que realmente se pode constatar é que elas conhecem a patologia como sendo uma doença causada pela pressão alta que “dá na gravidez” e que estas informações são repassadas, na sua maioria, de mãe para filha, por amigas e pessoas da comunidade da qual fazem parte, além do conhecimento travado pelo senso comum. Destarte, sintetizamos figura 2 as inter-relações existente sobre a problemática acerca do conhecimento da doença, pelas mulheres portadoras de DHEG.

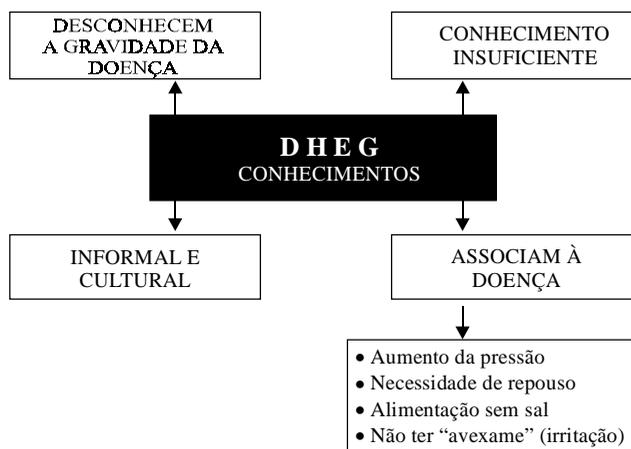
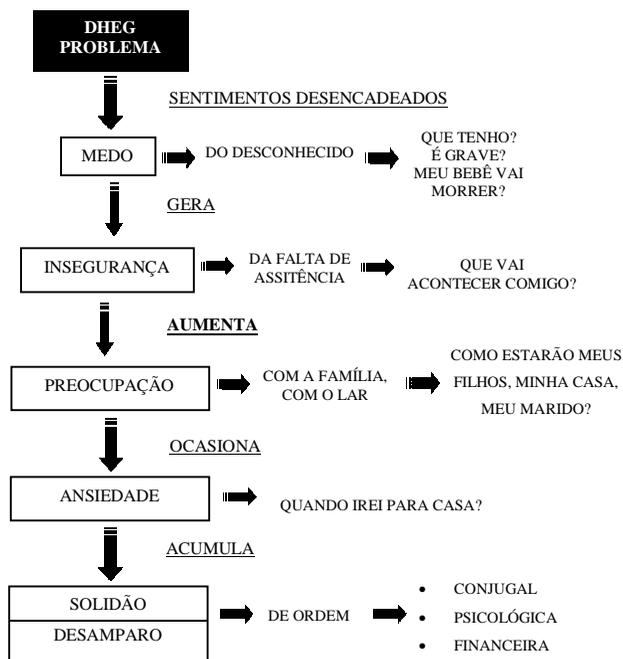


Figura 2: Conhecimentos das mulheres portadoras de DHEG

Fonte: Elaborado pela autora em maio de 2003.

Quanto aos sentimentos vivenciados, entendemos que o processo de cuidar não deve ser pautado somente na identificação de sinais e sintomas clínicos da doença, mas nas modificações que ocorrem na estrutura dos seres humanos às quais abalam a sua totalidade. Em outras palavras diríamos que devemos remeter-nos a uma visão holística, vendo o cliente como um todo: suas dores, pensamentos, angústias, medos, dentre outros fatores.

Os sentimentos mais freqüentes vivenciados pelas mulheres foram: o medo, a insegurança, a preocupação, a ansiedade e a solidão, os quais estão representados na figura 03.



Fonte: Elaborado pela autora em maio de 2003.

Figura 3: Sentimentos enfrentados pelas mulheres portadoras de DHEG

É interessante observar que, embora várias mulheres tenham relatado sentir medo, este sentimento não tinha o mesmo significado para todas delas. Algumas tinham medo do desconhecido, pois nada sabiam da sua situação, outras temiam a morte, não só a sua, mas também a de seus filhos. Havia, ainda, aquelas que estavam inseguras pela falta de condições de assistência que o município poderia oferecer-lhes.

Além desses sentimentos, percebemos que as informantes sentiam-se sozinhas e até mesmo desamparadas, pois junto com a doença elas traziam uma “bagagem” de casa. Nesta bagagem havia problemas de ordem conjugal (uma delas era mãe de sete filhos, a maioria de pais diferentes, chorava copiosamente, pois estava há vários dias na maternidade e o namorado não apareceu para conhecer a filha); psicológica (uma outra disse ser bastante depressiva, ter medo de tudo, “não ter mais gosto na vida”) e financeira, dentre outros (algumas reclamavam das precárias situações em que viviam, nas quais seus filhos seriam inseridos).

Estes sentimentos são agudizados pela inexperiência, pois a maioria é primigesta, tudo é novo, a gestação, a doença, a hospitalização; pela falta de informação e orientação, tanto durante o pré-natal, quanto durante a fase de internamento, já que essas clientes passam em média sete dias internadas, e, sobretudo pela falta de humanização por parte dos profissionais responsáveis pela “cura”, pelo seu bem estar.

Todos sabemos que qualquer paciente deve receber informações claras, objetivas e compreensíveis acerca de sua patologia. O problema é que isto se encontra muito distante da realidade dessas mulheres.

Observamos assim que estas mulheres estão “carentes” de informações, de orientação, e esta carência tem como conseqüência o surgimento de sentimentos já comentados anteriormente. Então, nos vêm à mente as seguintes interrogações: por qual motivo estas mulheres não estão sendo bem informadas se um grande número delas encontra-se em Fortaleza e em suas adjacências? se, em sua maioria, fizeram mais de cinco consultas de pré-natal, estando, portanto, dentro da meta preconizada pelo Ministério da Saúde (mínimo seis consultas)?

Estas contradições revelam-se através dos dados, que mostram que 57% das entrevistadas haviam feito mais de cinco consultas pré-natal.

A resposta às indagações supracitadas não é difícil, pois em termos de assistência à gestante, acredita-se que exista uma lacuna não preenchida pelos profissionais da saúde do pré-natal. Há uma pesquisa assinalando que⁽¹⁰⁾ “95% das mortes ocorridas entre 1985 e 1995, em um importante serviço de obstetrícia do país poderiam ter sido perfeitamente

evitadas”. Pergunta-se: onde está o erro? Os autores dão uma pista: há falha de um dos vértices do triângulo básico da assistência: ou o profissional de saúde, ou a paciente ou o sistema de saúde falhou.

Sabe-se que preocupações de ordem familiar podem ser a causa psicológica que agravam a mente da portadora de DHEG; não é à toa que profissionais da saúde orientam as clientes a utilizarem-se de técnicas de relaxamento, mudanças no estilo de vida, a fim de que se possa ajudar a baixar a pressão arterial.

Desta forma, encontramos, muitas vezes, nos depoimentos das pacientes entrevistadas, apreensões sobre a vida doméstica, notadamente, a respeito dos filhos, a própria ausência no lar, o que faz sentido, porque, conforme os dados, a maioria das mulheres ou é casada (43%), ou mantém união estável (43%) e somente três eram solteiras (14%).

Esta inquietação deve-se algumas vezes⁽⁸⁾ ao fato de que só, em última instância, a mãe delega algumas tarefas aos filhos e maridos, a importância disto, além da sabedoria contida na experiência de vida da mãe (difícil de ser delegada em curto prazo), tem a ver com a utilização máxima dos recursos mínimos de condições de vida dessas mulheres, que não lhe permite “arriscar”, com outras pessoas menos experientes, os poucos recursos financeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos resultados, vimos que atingimos os objetivos propostos, que eram: investigar o grau de conhecimento das mulheres portadoras de DHEG sobre esta moléstia e verificar os sentimentos despertados em relação à doença. Percebemos que fomos um pouco além disto: deparamo-nos com um universo em que mulheres geradoras da vida clamam por atenção, por afeto, mais do que por meras informações, uma vez que as têm de forma incompleta e deficiente.

Apareceu-nos, também, com esta pesquisa um pré-natal maculado, diferente do apregoado pela imprensa, ora escrita, ora falada; para tanto, o Ministério da Saúde (através de manuais, cartazes e comerciais de televisão) preconiza uma consulta de pré-natal de no mínimo 15 minutos, porém algumas informantes afirmaram não passar nem 10 minutos dentro do consultório. Sabemos tratar-se da verdade, pois temos consciência de que este tempo é insuficiente para a realização de um bom trabalho, assim como sabemos que há uma procura incessante pela produtividade em detrimento da qualidade, além de termos conhecimento da existência em algumas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), de premiações para os profissionais que realizam maior número de consultas, para o que indagamos: onde está a ética dos

profissionais, mediante situações desta natureza às quais colocam em prova suas próprias condutas? Será que não se sentem importunados pelas altas cifras de mortalidade materna e perinatal relacionadas com a DHEG?

Fala-se muito em humanização do parto e questionamos: será que não é chegada a hora de também humanizar o pré-natal?

Vemos dessa forma que é preciso, urgentemente, a atuação do profissional de forma mais efetiva, mais presente, pois para suprir as reais necessidades de sua clientela é necessário muito mais que uma simples aferição da pressão arterial ou medida uterina. É preciso que o pré-natalista reveja seu trabalho, para que, além de orientar as gestantes, possa conscientizá-las da importância das informações prestadas, vendo-as como seres humanos dotados de sentimentos. Porém, este processo de educação em saúde e humanização da assistência requer tempo, dedicação e compromisso com a causa assumida.

Consideramos que novos paradigmas surgem e surgirão para dar cabo a toda a problemática que envolve a tríade: sistema, profissional da saúde e cidadão (paciente/cliente). Por um lado o sistema público de saúde apresenta-se deficitário, inadimplente com as promessas políticas, acarretando responsabilidades seríssimas à Administração Pública; o profissional, como já mencionamos outrora, não raro, encontra-se indiferente ao paciente e nesta dialética encontramos por síntese o cliente, vítima de todo o produto social à margem da própria sociedade.

Assim, ao término deste trabalho, percebemos que existe sim um conhecimento por parte das mulheres portadoras de DHEG sobre a patologia, que poderíamos até chamá-lo de *senso comum*, por se tratar de conhecimento assimilado através de familiares ou no meio onde a gestante habita e que vai passando de geração a geração. Vimos que elas têm interesse e necessidade de maiores esclarecimentos no que diz respeito à patologia.

Quanto aos sentimentos, percebemos que uma variedade deles assaltam essas mulheres, muitos advindos do *estar grávida*, do *estar hospitalizada* e outros originados nas mais diversas situações (financeira, social etc.) levando-nos a concluir que se é dada a essas mulheres a possibilidade de expressar seus medos e angústias, sob os devidos cuidados, de modo que estejam mais bem informadas acerca da doença, conseqüentemente, elas tornam-se menos vulneráveis à doença e mais predispostas para enfrentar as inúmeras dificuldades advindas em virtude deste estado patológico.

AGRADECIMENTOS

À orientadora de nosso estudo, prof^a Fátima M. de Aragão Arrais do Departamento de Enfermagem da UFC, às

enfermeiras da Enfermaria de DHEG da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, à Dra. Simone, aos funcionários da Biblioteca de Ciências da Saúde – Porangabussu, e à Prof^a Maria Margarete Fernandes de Sousa, do Curso de Letras da Universidade Federal do Ceará.

REFERÊNCIAS

1. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
2. Ziegel EE, Cranley MS. Enfermagem Obstétrica. 8^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1986.
3. Braden PS. Enfermagem Materno-Infantil. 2^a ed. Tradução Carlos Henrique Cosendey. Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso Editores, 2000.
4. Born D, Korn D, Ferreira C. Doença Hipertensiva Específica da Gravidez. In: KROBEL, E, orgaizador. Condutas no Paciente Grave. 25^a ed. São Paulo: Atheneu, 1999. p.1181-1184.
5. Bardin L. Análise de Conteúdo. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, s.d.
6. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3^a ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1994.
7. Moraes VA, Viggiano MGC. Fatores Predisponentes. In: Pereira F, Alberto S, coordenadores. Hipertensão na Gravidez: Manual de Orientação. Rio de Janeiro: Federação Brasileira de Sociedade de Ginecologia e Obstétrica (FEBRASGO), 1997.
8. Dias NMO. Mulheres: “Sanitaristas de Pés Descalços”. São Paulo: HUCITEC, 1991.
9. Gordom R. A Assustadora História da Medicina. 2^a ed. Tradução de Aulyde Soares Rodrigues. São Paulo: Ediouro, 2002.
10. Arkader J, Vasconcellos M. Mortalidade Material e Perinatal. In: Pereira F, Alberto S, coordenadores. Hipertensão na Gravidez: Manual de Orientação. Rio de Janeiro: Federação Brasileira de Sociedade de Ginecologia e Obstétrica (FEBRASGO), 1997.

Endereço para Correspondência:

Maria Vilma Pereira Leal

Rua: Monsenhor Bruno, 2949 – Aldeota – CEP.: 60.115-191 – Fortaleza – CE

E-mail: mavilma@hotmail.com