

FATORES DE RISCO PARA A SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ

Risk factors for Hypertensive Disorders of Pregnancy

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Identificar os fatores de risco da Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) em gestantes acompanhadas em núcleo de atenção médica integrada. **Método:** Estudo exploratório-descritivo realizado com 100 gestantes acompanhadas no ambulatório de pré-natal do Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), em Fortaleza-CE, independentemente de idade, estado civil e renda familiar. Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada, entre março e abril de 2008, organizados em tabelas e analisados com base na literatura pertinente. **Resultados:** A amostra pesquisada tinha idade entre 17 a 31 anos, cor parda, união estável, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, ensino fundamental; eram prendas do lar, seguiam o catolicismo e habitavam moradia própria. Houve o predomínio da multigestação, da primiparidade e do abortamento na faixa etária de 17 a 21 anos. As gestantes apresentavam os fatores de risco da SHEG - idades extremas; multiparidade; alteração de pressão arterial na gravidez atual e na anterior; história familiar e pregressa de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, entre a terceira e quarta gestações; conflitos emocionais e gestação múltipla. **Conclusões:** Constatou-se a presença de fatores de risco para a SHEG na amostra investigada, exceto a obesidade e a paternidade diversa; entre os dados obstétricos dessas mulheres, predominaram multigestação, primiparidade e abortamento.

Descritores: Hipertensão; Cuidado Pré-Natal; Atenção Primária à Saúde, Hipertensão Induzida pela Gravidez.

ABSTRACT

Objective: To identify the risk factors for Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) in women assisted at a nucleus of integrated medical care. **Method:** An exploratory-descriptive study conducted with 100 pregnant women monitored in the prenatal clinic of the Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) of Fortaleza University (UNIFOR), in Fortaleza-CE, Brazil; regardless of age, marital status and family income. The data were collected by means of structured interviews between March and April, 2008. They were organized in tables and analyzed based on relevant literature. **Results:** The studied sample was aged between 17 to 31 years old. The women were mostly of brown color, with a stable union, having a family income of 1 to 2 minimum wages and basic education. They were house workers, catholic and lived in their own houses. There was a predominance of multi pregnancy, of primiparity and abortion in the age group 17 to 21 years. The women had the following risk factors for HDP – extreme ages; multiparity; the rise of blood pressure in current and previous pregnancy; a family and past history of preeclampsia and eclampsia between the third and fourth pregnancies; emotional conflicts and multiple gestation. **Conclusions:** The presence of risk factors for HDP was observed in the studied sample, except for obesity and diverse paternity. Among the obstetric data of these women, multi gestation, primiparity and abortion prevailed.

Descriptors: Hypertension; Prenatal Care; Primary Health Care; Hypertension, Pregnancy-induced.

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos⁽¹⁾
Fabíola Maria Lopes de Oliveira⁽²⁾
Marlucilena Pinheiro da Silva^(1,3)
Jennara Cândido do Nascimento⁽¹⁾
Janaína da Silva Feitoza⁽¹⁾
Rosana Oliveira do Nascimento⁽³⁾

1) Universidade de Fortaleza
UNIFOR - (CE)

2) Programa de Saúde da Família
do Estado do Ceará - (CE)

3) Universidade Federal do Amapá
UNIFAP - (AP)

Recebido em: 05/08/2008

Revisado em: 27/12/2008

Aceito em: 03/02/2009

INTRODUÇÃO

O termo hipertensão arterial (HA) é usualmente utilizado para descrever desde pessoas com discreta elevação dos níveis pressóricos, até HA grave com disfunção de vários órgãos⁽¹⁾. Os distúrbios hipertensivos são as complicações de maior relevância durante o período grávido-puerperal. Dentre esses distúrbios, a síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG), que era denominada doença, atualmente reconhecida como síndrome, contribui significativamente, tanto para a morbimortalidade materna quanto fetal⁽²⁾.

Avanços no conhecimento da fisiopatologia da HA têm proporcionado melhor compreensão dos mecanismos que a desencadeiam e a agravam na gravidez, propiciando bases terapêuticas mais eficazes, embora ainda se desconheça sua etiologia. O diagnóstico precoce e o correto manuseio clínico nessas mulheres no decorrer do pré-natal levarão à prevenção e diminuição do aparecimento de formas clínicas mais graves⁽³⁾.

A SHEG constitui-se de pré-eclâmpsia (PE) e eclâmpsia (EC), e instala-se clinicamente depois da 20ª semana de gestação, pela deflagração da HA, associada ao edema e, com frequência, à proteinúria, que poderá ocasionar convulsão; nesse caso, denominada EC⁽⁴⁾. A PE é uma forma não convulsiva que ocorre principalmente em primigestas, marcada pelo início da HA aguda. A EC é a forma convulsiva e grave que pode acontecer, em geral, em mulheres nulíparas, entre a 20ª semana de gestação, e no final da primeira semana pós-parto⁽⁵⁾. Apesar da complexidade clínica e da natureza potencialmente grave, a PE é a forma mais comum da SHEG, podendo ser reversível após o parto⁽⁶⁾. Mas pode apresentar alterações renais⁽⁷⁾.

A SHEG tem como fatores de risco: primiparidade (idade inferior a 17 anos e superior a 40 anos), gestação múltipla (incidência da SHEG aumenta com a quantidade de fetos), doença vascular (*diabetes mellitus*, doença renal hipertensiva, hipertensão arterial idiopática), estado psicológico (conflitos emocionais determinam maior liberação das catecolaminas, aumentando a incidência da SHEG), nível socioeconômico (quanto mais baixo, maiores as deficiências nutricionais e mais precária a assistência durante o pré-natal), raça negra (a incidência é mais elevada nas gestantes negras), história familiar de PE e EC, paternidade diversa e obesidade⁽⁸⁾.

O desenvolvimento da HA na gravidez, do mesmo modo que em outros estados hipertensivos, é produzido por um aumento na resistência vascular. Por isso, é importante o conhecimento dos profissionais de saúde para o significado da pressão arterial (PA) na gravidez, visto que sua elevação representa o indicador mais seguro do desenvolvimento da

PE⁽²⁾. Cerca de 5 a 10% das gestações são complicadas pela HA, e a incidência da EC está em torno de 1%^(4,9).

Durante a gravidez normal, a PA sistólica apresenta pequenas alterações. A PA diastólica diminui em média 10mmHg em torno da 20ª semana de gestação, e volta ao nível basal no terceiro trimestre. A diminuição da PA no início da gestação pode mascarar a presença de HA crônica anterior⁽¹⁰⁾. Em razão disso, cerca de um terço das mulheres com HA tornam-se normotensas no segundo trimestre da gravidez, fazendo com que nem sempre seja possível diagnosticar este agravo, a menos que a PA tenha sido mensurada antes da gravidez⁽¹¹⁾.

Os cuidados de prevenção da HA na gravidez revolucionaram o acompanhamento pré-natal (PN) e vêm salvando muitas vidas maternas e fetais, principalmente em países subdesenvolvidos, onde as consequências da falta desses cuidados são devastadoras, sobretudo pelo déficit de conhecimento das gestantes relativo ao distúrbio hipertensivo⁽¹¹⁾. O PN consiste de um momento especial para o preparo emocional e de informações sobre o estágio de vida que a gestante está vivendo, favorecendo que esta usufrua em sua plenitude todos os aspectos positivos de uma gravidez, promovendo seu conhecimento e valorizando-a como pessoa e cidadã. Sendo assim, com um acompanhamento pré-natal e atenção adequada ao parto, consegue-se evitar a maior parte das morbidades e mortalidades que podem vir a comprometer o momento gestacional⁽¹²⁾.

Durante a gravidez, muitas mudanças acontecem no corpo da mulher, fazendo com que esse período exija cuidados especiais. São nove meses de preparo para o nascimento da criança. É importante que, durante a gravidez, as futuras mães sejam acompanhadas rigorosamente de acordo com as diretrizes do PN⁽¹³⁾.

Entre as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a saúde da mulher é destacada como sendo uma das áreas de maior significância para atuação das várias esferas do governo, tanto em nível municipal, quanto estadual e federal, para a redução de agravos à saúde desse grupo tão vulnerável. E no Pacto pela Saúde, é enfatizada a melhor assistência à mulher em todas as fases do ciclo vital⁽¹⁴⁾.

Justifica-se a realização deste estudo com a finalidade de possibilitar uma reflexão crítica entre os profissionais envolvidos na promoção da saúde da mulher na fase reprodutiva sobre as condutas inerentes à prevenção e/ou controle dos fatores de riscos da SHEG, além de nortear um planejamento ou re-planejamento da assistência pré-natal, objetivando a redução da taxa de morbimortalidade materna, mediada por este agravo.

Diante da problemática da SHEG para a Saúde Pública, este estudo objetivou identificar os fatores de risco deste agravo em gestantes acompanhadas em núcleo de atenção médica integrada.

MÉTODOS

Estudo exploratório-descritivo desenvolvido em Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI), da Universidade de Fortaleza, em Fortaleza-CE.

Participaram do estudo 100 entre as 130 gestantes acompanhadas no Ambulatório de Pré-natal do NAMI, independentemente de idade, estado civil e renda familiar, mas que tiveram condições físicas e emocionais de responder aos questionamentos e aceitaram participar do estudo. Os motivos que justificaram a não participação das demais gestantes na pesquisa constaram de recusa, evasão da instituição e internação com síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG).

As variáveis do estudo se constituíram dos dados sociodemográficos e dos fatores de risco da SHEG.

A coleta de dados foi realizada durante as consultas de enfermagem, em decorrência da facilidade de localização da gestante; ocorreu entre março e abril de 2008, mediante entrevista estruturada, cujo roteiro conteve os dados sociodemográficos e os fatores de risco da SHEG. A duração da consulta variou de 30 a 40 minutos, sendo realizada por uma das autoras deste estudo.

Os dados foram organizados no programa *Statistic Package for Social Science* (SPSS), analisados estatisticamente por meio de frequências simples e fundamentados na literatura pertinente. Para o processamento da análise, os dados foram agrupados em caracterização sociodemográfica e obstétrica das gestantes, e identificação dos fatores de risco da SHEG.

A aceitação da participação das mulheres foi registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96⁽¹⁵⁾, garantindo-lhes o anonimato e o livre acesso para se desligarem da pesquisa, sem que houvesse prejuízo para a continuidade do acompanhamento. Os dados foram coletados após a emissão do parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, sob nº 336/2007.

RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica das gestantes pode ser observada no Quadro I, onde 91 (91,0 %) gestantes estavam na faixa etária de 17 a 31 anos; 74 (74,0%) eram de cor parda; 62 (62,0%) cursaram até o ensino fundamental; 72 (72,0%) informaram preferência religiosa pelo catolicismo;

49 (49,0%) informaram união estável, todas moravam em Fortaleza-CE; 77 (77,0%) nasceram nesta capital; 76 (76,0%) declararam renda mensal inferior a um salário mínimo; 85 (85,0%) residiam em casa própria, sendo que, em sua maioria, o imóvel pertencia aos pais ou sogros.

No Quadro II apresenta-se a caracterização obstétrica das gestantes, entre as 61 (61,0%) gestantes multigestas, 53 (86,8%) estavam na faixa etária de 17 a 31 anos. Também, esse intervalo de idade predominou nas 46 (46,0%) nulíparas, e nas 23 (23,0%) primíparas. Cerca de 77 (77,0%) mulheres nunca abortaram, e naquelas 23 (23,0%) com história de abortamento, a maioria tinha 17 a 36 anos de idade. Também evidencia-se que a incidência de abortamento era proporcional ao número de gestações.

A identificação dos fatores de risco da SHEG está apresentada no Quadro 3, em ordem decrescente de frequência: 82 (82,0%) tinham baixo nível econômico; 45 (45,0%) informaram conflitos emocionais; 39 (39,0%) estavam primíparas; 29 (29,0%) portadoras de HA; 19 (19,0%) de cor negra; em 11 (11,0%) houve elevação de PA na gravidez anterior, e em 10 (10,0%) na atual; 10 (10,0%) com história pregressa de PE; *diabetes mellitus* em 9 (9,0%) gestantes; 6 (6,0%) apresentavam história familiar de SHEG; 3 (3,0%) mencionaram a multiparidade; 2 (2,0%) estavam com gestação múltipla; e em 2 (02,0%) ocorreu EC na gestação anterior. Quanto aos extremos de idade, 6 (6,0%) gestantes tinham de 12 a 16 anos, e 3 (3,0%), de 37 a 41 anos. Todavia, os fatores de risco (obesidade e paternidade diversa) não foram evidenciados na amostra.

DISCUSSÃO

O presente estudo encontrou 21% de gestantes negras, achado que indica a necessidade para a implementação de condutas preventivas e/ou de controle dos fatores de risco da HA, além da detecção precoce da alteração de PA, com vista ao diagnóstico precoce de HAS em mulheres negras, principalmente aquelas que estão na fase reprodutiva. A prevalência da HA tem sido maior em mulheres negras, os valores pressóricos elevados foram encontrados em 20% de negros e, aproximadamente, em 5% de brancos, requerendo maiores cuidados assistenciais e de controle para os fatores de risco⁽¹⁶⁾.

Com base na hipótese de que o estado emocional interfere na variabilidade da PA, pesquisaram-se os efeitos da felicidade, da raiva e da ansiedade em pacientes com HA, e concluiu-se que os três estados emocionais elevam a PA, encontrando-se forte associação entre a intensidade da ansiedade e a PA diastólica. Essa alteração na PA está relacionada ao aumento na liberação de catecolaminas⁽¹⁷⁾. No atual estudo, os conflitos emocionais estavam associados

Quadro I - Distribuição das gestantes segundo as características sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2008. N = 100

		Características sociodemográficas					
		F	%	F	%		
Idade (anos)	12-16	06	6,0	Escolaridade*	A	02	2,0
	17-34	91	91,0		EF	62	62,0
	35-41	03	3,0		EM	36	36,0
Cor	Parda	74	74,0	Naturalidade	Fortaleza	77	77,0
	Negra	21	21,0		OM***	23	23,0
	Branca	05	5,0				
Renda**	<1	76	76,0	Religião	Catolicismo	72	72,0
	1 - 2	06	6,0		Protestantismo	18	18,0
	3 - 4	18	18,0		Outras	10	10,0
Condições de moradia	Própria	85	85,0				
	Não-própria	15	15,0				

*A: Analfabetismo; EF: Ensino Fundamental; EM: Ensino Médio; ** Em salários mínimos; *** Outros municípios do Estado do Ceará.

Quadro II - Distribuição das gestantes, segundo a idade e os dados obstétricos. Fortaleza-CE, 2008. N = 100.

Dados Obstétricos	Número de Gestações		TOTAL		Número de Partos		TOTAL		Número de Abortos			TOTAL		
	1	2-6	F	%	0	1	2-5	F	%	0	1	2 ou +	F	%
Idade (anos)														
12 - 16	05	01	06	6,0	06	-	-	06	6,0	05	01	-	06	6,0
17 - 21	10	22	32	32,0	13	13	06	32	32,0	27	05	-	32	32,0
22 - 26	19	17	36	36,0	19	09	08	36	36,0	32	03	01	36	36,0
27 - 31	04	14	18	18,0	06	07	05	18	18,0	11	04	03	18	18,0
32 - 36	-	05	05	5,0	01	01	03	05	5,0	01	02	02	05	5,0
37 - 41	01	02	03	3,0	01	01	01	03	3,0	01	01	01	03	3,0
TOTAL	49	61	100	100,0	46	31	23	100	100,0	77	16	07	100	100,0

à recusa da gravidez pela família, pelo parceiro e até pela própria gestante.

As causas desses conflitos remetem ao papel do enfermeiro no processo educativo, quanto às orientações de saúde voltadas para os métodos de planejamento familiar e contracepção, buscando o decréscimo do número de abortos e das consequências de uma gravidez não planejada e indesejada⁽¹⁸⁾.

Os extremos da idade materna têm sido objeto de numerosos estudos. A SHEG ocorre com mais frequência

entre as adolescentes primigestas, e alguns fatores, como ignorância da própria gravidez, vergonha, gestação indesejada e demora em procurar a assistência pré-natal, podem contribuir para aumentar o risco dessa síndrome⁽¹²⁾. Na atual pesquisa, 6% da amostra de gestantes eram adolescente entre 12 e 16 anos de idade. Também é inegável a influência das condições socioeconômicas e da baixa escolaridade, considerando as diferenças nas taxas de incidência de EC em países desenvolvidos e em desenvolvimento^(19,20). Em um estudo sobre o perfil

Quadro III - Distribuição das gestantes, segundo identificação dos fatores de risco da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG). Fortaleza-CE, 2008. N=100.

FATORES DE RISCO DA SHEG					
	F	%		F	%
Idade (em anos)			Multiparidade	03	3,0
12-16	6	6,0	Primiparidade	39	39,0
37-41	3	3,0	Gestação múltipla	02	2,0
Elevação da PA em gravidez			História familiar	06	6,0
Atual	10	10,0	Conflitos emocionais	45	45,0
Anterior	11	11,0	Cor negra	19	19,0
Nível socioeconômico baixo	82	82,0	Diabetes <i>mellitus</i>	09	9,0
História pregressa			Hipertensão arterial	29	29,0
de PE*	10	10,0			
de EC**	02	2,0			

*Pré-eclâmpsia; ** Eclâmpsia.

epidemiológico de gestantes, foi constatado que eram mulheres jovens e de baixa escolaridade, que não exerciam atividade remunerada e eram múltiparas, sendo que, do total de 118 gestantes, 12 apresentaram SHEG, das quais 07 tiveram PE e 05 foram acometidas de EC⁽²¹⁾.

Quanto à hereditariedade, há uma tendência familiar de incidência de PE, cerca de quatro vezes maior em filhas de mães que apresentaram essa síndrome do que na população geral⁽²²⁾. Quando uma mulher sofre de PE, suas parentas próximas terão EC durante uma primeira gravidez, diminuindo o risco na gravidez posterior, mas desde que as crianças sejam do mesmo pai (entra em ação um mecanismo de acomodação do organismo materno aos antígenos de origem paterna)⁽²³⁾. Esses achados também foram evidenciados neste estudo; desse modo corroboram o envolvimento da família nas ações de educação em saúde, no que se refere à prevenção e/ou controle de problemas de saúde hereditários, particularmente nas síndromes hipertensivas.

A gemelaridade é outro fator de risco importante a ser comentado. A gestação múltipla apresenta risco cinco vezes maior que a gestação simples⁽²⁰⁾.

A PE costuma ser citada como sendo “um apanágio das primigestas jovens e idosas”; é verdadeiro o fato de ser mais frequente entre as primigestas, todavia não é verdadeiro que a idade, por si só, seja fator predisponente, independentemente da paridade, das gestantes adolescentes, das maiores de 35 anos, a menos que estas sejam hipertensas crônicas⁽²⁴⁾. Nesse contexto, a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada para o aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; para a abordagem dos problemas presentes

desde a adolescência até a terceira idade; para o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e para a assistência à concepção e contracepção.

A PE até o momento não tem causa específica, sendo necessário identificar as gestantes predisponentes no momento inicial do PN, avaliando cuidadosamente os fatores de risco para SHEG⁽²⁵⁾. Logo, o ideal é que as mulheres iniciem o pré-natal no primeiro trimestre gestacional, ou seja, assim que souberem da gravidez, evitando assim, complicações materno-fetais, haja vista que as consultas e exames permitem identificar problemas como alteração de PA, anemia, infecção urinária e doenças transmissíveis pelo sangue da mãe para o filho, como a AIDS e a sífilis. Alguns desses problemas podem causar o parto precoce, o aborto e até trazer consequências mais sérias para a mãe ou para seu filho.

A vigilância fetal e a antecipação do parto permitem redução do risco de óbito fetal e depressão do recém-nascido (RN) no primeiro e no quinto minuto na vigência da SHEG. Entretanto, o RN de mãe com esta síndrome ainda está sujeito ao maior risco de óbito neonatal⁽²⁶⁾. Por conseguinte, um acompanhamento pré-natal e atenção adequada ao parto poderão evitar a maior parte desses agravos, uma vez que, durante a gravidez, muitas mudanças acontecem no corpo da mulher, fazendo com que esse período exija cuidados especiais.

O PN tem por finalidade acompanhar a mulher durante toda a sua gravidez, orientando e ajudando a prevenir doenças e/ou complicações, como a SHEG, e criando um vínculo de confiança entre gestante e profissional. Vínculo este que perdura até o puerpério. E no decorrer das

consultas, a gestante recebe orientação quanto à situação vacinal, alimentação e sinais de parto, dentre outras. Por isso, é importante começar o PN ainda no primeiro trimestre e realizar no mínimo seis consultas no período gestacional, tal como é preconizado pelo MS, para assegurar à gestante o seu próprio bem-estar e o do concepto, prevenindo, assim, as intercorrências clínico-obstétricas, como o trabalho de parto prematuro, PE e EC, e óbito fetal⁽⁶⁾, evitando o aumento na taxa de morbimortalidade materna e fetal.

Portanto, o pré-natal constitui um recurso imprescindível na prevenção e/ou controle de problemas de saúde que possam interferir na saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Dentre as ações pertinentes, a consulta de enfermagem deve constituir um espaço favorável para a exposição de queixas do cliente, para a identificação das demandas ou necessidades de autocuidado quanto ao aspecto biopsíquico e socioespiritual e às capacidades do cliente para o exercício das atividades de autocuidado⁽²⁷⁾. Também envolve um momento educativo, que visa preparar tanto o indivíduo como a família para o autocuidado, contribuindo para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Todavia⁽²⁸⁾ esse momento educativo deve ser relacionado às ações de autocuidado, conduzindo a gestante a engajar-se nele com o objetivo de ter uma gravidez e nascimento de concepto saudáveis, reduzindo a morbimortalidade materna e a natimortalidade em relação às síndromes hipertensivas e outras causas.

Os resultados deste estudo possibilitarão uma reflexão entre os profissionais envolvidos na promoção da saúde da mulher sobre as condutas inerentes à prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG, além de nortear o planejamento ou o re-planejamento da assistência pré-natal, objetivando a redução da taxa de morbimortalidade materna, principalmente aquela associada à SHEG, por ser a principal causa deste evento.

CONCLUSÕES

Mediante a análise dos resultados deste estudo, todos os fatores de risco da SHEG foram identificados nas gestantes analisadas, exceto a obesidade e a paternidade diversa. Entre os dados obstétricos dessas mulheres, predominaram multigestação, primiparidade e abortamento na faixa etária de 17 a 21 anos.

Em razão disso, evidencia-se que a qualidade da atenção prestada a essa clientela é primordial para a manutenção da saúde e prevenção de agravos, principalmente no que se refere à gestação na adolescência. A organização desses serviços deve possibilitar o acesso da mulher, na fase reprodutiva ou em curso gestacional, às ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, respeitando os princípios

organizativos e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apoio MCT/SCTIE/DECIT/MS/CNPQ.

REFERÊNCIAS

1. Bezerra EHM, Alencar Júnior CA, Feitosa RFG, Carvalho AAA. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade escola. *Rev Bras Gineco Obstet.* 2005;7(9):548-53.
2. Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia fundamental.* 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
3. Santos ZMSA, Silva ARV, Silva RM, Aragão KS. Diagnóstico de enfermagem em gestantes com DHEG: estudo de caso. *Nursing.* 2007;109(10):263-9.
4. Burrow GN. *Complicações clínicas na gravidez.* 2ª ed. São Paulo: Roca; 2000.
5. Silva HB, Bortolotto LA. Hipertensão arterial na mulher. *Rev Bras Med.* 2002;59(5):359-67.
6. Ministério da Saúde (BR). *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.* Brasília; 2005. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5).*
7. Sass N, Souza E, Camano L. Sal, gestação e hipertensão. *Femina.* 2002;30(3):727-30.
8. Sass N. Doença hipertensiva específica da gravidez. In: Camano L, Sass N, Mattar R. *Guia de medicina ambulatorial e hospitalar.* São Paulo: Manole; 2003. p.137-43.
9. Born D, Korn D, Ferreira C. Doença hipertensiva específica da gravidez. In: Krobek E, organizador. *Condutas no paciente grave.* 25ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
10. Hricik DE, Jwright JTI, Smith MC. Hipertensão na gravidez. segredos em hipertensão: perguntas e respostas sobre o diagnóstico e o tratamento da hipertensão. Porto Alegre: Artmed; 2005. p.74-7.

11. Pascoal IF. Hipertensão e gravidez. Rev Bras Hipertens. 2002;9(3):256-61.
12. Costa HLFF, Costa CFF, Costa LOBF. Idade materna como fator de risco para a hipertensão induzida pela gravidez: análise multivariada. Rev Bras Gineco Obstet. 2003;25(9):631-5.
13. Coimbra LC, Silva AAM. Características das mulheres e assistência pré-natal. In: Avaliação de aualidade de maternidade: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde. São Luís: Unicef; 2000. p.33-6.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
15. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96). Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
16. Póvoa AR. Hipertensão na prática clínica. São Paulo: Atheneu; 2007.
17. Montenegro CAB, Leite SP, Regattieri N. Predição e prevenção da toxemia gravídica. Femina. 2004;32(6): 509-13.
18. Menezes TCV, Lima FET, Rolim KMC. Conhecimentos e sentimentos de mulheres que vivenciaram um processo de abortamento. Rev Bras Promoção Saúde. 2008;21(2):144-50.
19. Tedesco RP, Parpinelli MA, Amaral E, Surita FGC, Cecatti JG. Hipertensão arterial crônica na gestação: consenso e controvérsias. Rev Cient Med. 2004;13(2):161-71.
20. Neme B, Parpinelli M. Síndrome hipertensiva na gravidez. In: Neme B. Obsterícia básica. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p.178-81.
21. Sass N, Santos JFK, Atallah AN, Camano L. Hipertensão arterial crônica leve e moderada na gravidez: Práticas terapêuticas baseadas em evidências. Femina. 2002; 30(7):449-53.
22. Andrade J, Elmec AR, Watanabe C. Hipertensão arterial e gravidez. Arteriola. 2002; 2(2):29-35.
23. Ferré F, Carbonne B. Gravidez e hipertensão. Rev Scient Amer. 2005;7(2):72-8.
24. Vasconcellos M, Takiuti N, Kahhale S. Classificação das síndromes hipertensivas, diabetes e hipertensão na gravidez: Manual de orientação. São Paulo: FEBRASGO; 2004.
25. Brander PS. Enfermagem Materno Infantil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso; 2000.
26. Cintra EA, Nishide VW, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. São Paulo: Atheneu; 2001.
27. Santos ZMSA, Silva RM. Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: UNIFOR; 2002.
28. Santos ZMSA, Neves MG, Nascimento JC, Fernandes HT, Feitoza JS. Autocuidado da gestante adolescente na prevenção dos fatores de risco da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG). Rev Bras Promoção Saúde. 2007;20(3):173-80.

Endereço para correspondência:

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos
Rua Gonçalves Ledo, 1635
Aldeota
CEP: 60110-261 - Fortaleza-CE
E-mail: zeliasantos@unifor.br