

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Prevalência das síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG)

The prevalence of hypertensive syndromes particular of pregnancy (GHS)

Prevalencia de las síndromes hipertensivas específicas del embarazo (GHS)

Karen Krystine Gonçalves de Brito¹, Jorge Roberto Pessoa de Moura², Merifane Januario de Sousa³, Josinalva Vieira de Brito⁴, Simone Helena dos Santos Oliveira⁵, Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares⁶

ABSTRACT

Objective: identifying the prevalence of Specific Hypertensive Syndromes of Gestation and outline the epidemiological profile of pregnant women. **Method:** a retrospective research, conducted in medical records of women admitted to the obstetric clinic of the University Hospital Lauro Wanderley, João Pessoa/PB, between January 2009 and December 2010. Data were collected through a questionnaire with closed questions, and analyzed descriptively. Ethical observances in research involving human subjects were contemplated. **Results:** there were analyzed 1874 records and identified 9,1% (170) records with diagnosis of SHEG. Of these 12,4% were teenagers and 40,6% were in the first pregnancy. In 100% (170) of the pathology records occurred after the 20th gestational week. Complications were identified: pre-eclampsia, eclampsia, HELLP syndrome, hypertensive crisis, intrauterine fetal death, neonatal death and prematurity. **Conclusion:** the results indicate the need for planning prenatal care, aiming at the reduction of maternal and perinatal morbidity and mortality rates. **Descriptors:** Hypertension Pregnancy-Induced, Health Profile, Pregnancy, Maternal Mortality.

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência das Síndromes Hipertensivas Específica da Gestação e traçar o perfil epidemiológico das gestantes. **Método:** Pesquisa retrospectiva, realizada em prontuários de mulheres internadas na clínica obstétrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, João Pessoa/PB, entre janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Os dados foram coletados através de um formulário com questões fechadas, e analisados descritivamente. Foram contempladas as observâncias éticas em pesquisas envolvendo seres humanos. **Resultados:** Foram analisados 1874 prontuários e identificados 9,1% (170) prontuários com diagnóstico de SHEG. Destes 12,4% eram adolescentes e 40,6% estavam na primeira gestação. Em 100% (170) dos prontuários a patologia ocorreu após a 20^a semana gestacional. Como complicações foram identificadas: pré- eclampsia, eclampsia, síndrome HELLP, crise hipertensiva, o óbito fetal intrauterino, o óbito neonatal e a prematuridade. **Conclusão:** Os resultados apontam a necessidade do planejamento da assistência pré-natal, objetivando a redução da taxa de morbimortalidade materna e perinatal. **Descritores:** Hipertensão induzida pela gravidez, Perfil de saúde, Gravidez, Mortalidade materna.

RESUMEN

Objetivo: identificar la prevalencia de Síndromes Hipertensivas Específicas del Embarazo y delinear el perfil epidemiológico de las mujeres embarazadas. **Método:** una investigación retrospectiva realizada en los prontuarios de las mujeres admitidas a la clínica obstétrica del Hospital Universitario Lauro Wanderley, João Pessoa/PB, entre enero de 2009 y diciembre de 2010. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario con preguntas cerradas, y analizados de forma descriptiva. Observancias éticas en la investigación con seres humanos fueron contempladas. **Resultados:** se analizaron 1.874 prontuarios e identificados 9,1% (170) de prontuarios con diagnóstico de SHEG. De ellos el 12,4% eran adolescentes y 40,6% estaban en el primer embarazo. En 100% (170) de los registros la patología ocurrió después de la vigésima semana gestacional. Se identificaron las complicaciones: preeclampsia, eclampsia, síndrome HELLP, crisis hipertensiva, la muerte fetal intrauterina, muerte neonatal y la prematuridad. **Conclusión:** los resultados indican la necesidad de una planificación de la atención prenatal, objetivando la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. **Descriptor:** Hipertensión inducida en el embarazo, Perfil de salud, Embarazo, Mortalidad materna.

¹Enfermeira. Especialista em Nefrologia pela Faculdade Redentor. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. ²Enfermeiro. ³Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Enfermeira Assistencial Hospital Edson Ramalho. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Paraíba. ⁴Enfermeira. ⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Professora da Escola Técnica de Saúde/UFPB e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. ⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora Titular da UFPB e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB.

INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe, onde a pré-existência de alguma doença ou agravo, torna maior a probabilidade de evolução desfavorável na gestação, implicando em riscos tanto para a mãe quanto para o feto, caracterizando essas mulheres como “gestantes de alto risco”.¹

Conforme Ministério da Saúde¹ a morbimortalidade materna e perinatal continuam ainda muito elevado no Brasil, estatística incompatível com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do País. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis, mas para isso é necessária à participação ativa do sistema de saúde.

A razão de mortalidade materna (RMM) estima o risco de morte de mulheres ocorrida durante a gravidez, o aborto, o parto ou até 42 dias após o parto, atribuída a causas relacionadas ou agravadas pela gravidez, pelo aborto, pelo parto ou pelo puerpério ou por medidas tomadas em relação a elas. A redução da mortalidade materna é o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM). A meta de sua redução consiste em três quartos entre 1990 e 2015, o que representa valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por grupo de 100 mil nascidos vivos. Para se atingir tal meta, a redução anual no Brasil deve ser de 5,5%.²

Analisando-se a tendência da RMM, observa-se uma diminuição, entre 1990 e 2010, de 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos para 68 mortes maternas por grupo de 100 mil nascidos vivos, o que representa uma queda de 52%, principalmente a partir de 2001. As duas causas dominantes de morte materna por causas obstétricas diretas, no Brasil, são a hipertensão e a hemorragia, no entanto, entre 1990 e 2010, as alterações no padrão de causas específicas de morte materna mostram uma redução de 66% no risco de morrer por hipertensão.²

Para o Consenso do National High Blood Pressure Education Program³ (NHBPEP), na identificação das formas de manifestação da hipertensão arterial na gravidez é fundamental diferenciar a hipertensão que antecede a gravidez, daquela que é condição específica da mesma. Na primeira, a elevação da pressão arterial é o aspecto fisiopatológico básico da doença, a segunda é resultado da má adaptação do organismo materno à gravidez, sendo a hipertensão apenas um de seus achados.

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) é uma ocorrência de grande morbimortalidade materna e perinatal, que pode apresentar-se como hipertensão crônica (observada antes da gestação ou até 20ª semana gestacional), pré-eclâmpsia (definida pela presença de hipertensão e de proteinúria após a 20ª semana de gestação, podendo ser leve ou grave), eclâmpsia (caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causado por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva), Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão

crônica (surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal), Hipertensão gestacional sem proteinúria.^{1,4-5}

A SHEG possui uma elevada taxa de incidência e de prevalência no nosso país, ocupando o primeiro lugar dentre as afecções próprias do ciclo grávido-puerperal e a primeira causa de morte materna, principalmente quando se instala em uma de suas formas graves, como a eclampsia e a síndrome HELLP, interferindo, de forma significativa, nas gestações de mulheres primíparas e múltíparas.^{1,4-5}

Mesmo com todo conhecimento científico acumulado nos últimos anos, a SEGH continua sendo uma síndrome que leva a graves repercussões maternas e fetais, portanto uma assistência individualizada a estas pacientes é fundamental para que se estabeleça precocemente o diagnóstico com as suas intervenções, proporcionando uma gestação com menos riscos para o binômio mãe-filho.

A atuação do enfermeiro é de extrema importância na assistência e no encaminhamento desta gestante e na orientação a sua família. A prestação de um acolhimento humanizado, demonstrando conhecimento e sensibilidade, apoio e orientação devem ser fatores cruciais neste novo caminho que esta família irá trilhar, pois o desconhecido aumenta a ansiedade e prejudica o andamento de qualquer tratamento, então se tem a necessidade da assistência prestada ser eficaz.⁶

Em face do exposto, o presente artigo se propõe a determinar a prevalência da SEGH, caracterizar o perfil das gestantes, segundo variáveis sócio-demográficas; classificar estas gestantes segundo a forma clínica da síndrome hipertensiva; investigar os fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação.

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa, que apresenta a prevalência de síndrome hipertensiva na gravidez, em um hospital escola no município de João Pessoa/Paraíba/Brasil.

Para definição da população e amostra foi realizado um levantamento epidemiológico nos livros de atendimento da clínica obstétrica do referido Hospital totalizando uma população de 1.874 pacientes em estado gravídico atendidas no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Posteriormente a partir da numeração dos prontuários disponíveis, estes foram buscados no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do referido hospital escola, sendo nesta fase selecionados aqueles nos quais as gestantes apresentassem diagnóstico para a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação. Obedecendo aos critérios elencados, fizeram parte da amostra 170 prontuário.

Os dados foram coletados no período de janeiro a abril de 2011, após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley de acordo com Protocolo CEP/HULW n° 713/10. Sendo utilizando como instrumento um formulário, composto por duas partes, sendo a primeira referente aos dados

sociodemográficos e a segunda relacionada aos antecedentes e dados obstétricos das mulheres.

Para determinação da prevalência foram utilizadas medidas transversais, estabelecidas matematicamente, através do cálculo obtido pela seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de prevalência} = \frac{\text{Número de casos existentes}}{\text{Número de pessoas estudadas na população}}$$

Com intervalo de confiança de 95%, aferido através da fórmula:

$$\text{IC 95\%} = P \pm 1.96 \sqrt{(P(1-P)/N)}$$

Foi utilizado para computação dos dados a técnica de análise descritivas, com auxílio do Editor Estatístico Excel versão Microsoft Windows 2007, apresentando os resultados em gráficos e tabelas, com números absolutos e percentuais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prevalência de SEG, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010, correspondeu a 9%, com um intervalo de confiança variando entre 4,5% e 13,5%.

A pesquisa mostra que houve um predomínio de primigestas com 69 (40,6%) dos casos, sendo mais comum na faixa etária de 26 a 30 anos 50 (29,4%), seguido de 35 (20,5%) na faixa de 21 a 25 anos e 20 (11,7%) dos 15 aos 20 anos. A maioria correspondia à cor parda com 97 (57%) do total das gestantes; 89 (52,3%) cursavam ou concluíram o ensino médio; 90 (52,9%) moravam em João Pessoa/PB e 103 (60,6%) apresentavam renda familiar inferior a três salários mínimos; sendo que 128 (75,3%) apresentavam situação conjugal casada ou com união estável.

No que concerne aos dados obstétricos e à mortalidade infantil decorrente de complicações da SHEG, foram encontrados 7 (4,1%) óbitos neonatais e o mesmo percentual referente a óbitos fetais intrauterinos. No item paridade constatou-se que 69 (40,5%) eram primigestas; 49 (28,8%) secundigesta; 30 (17,6%) tercigesta e 13 (7,6%) eram multigestas e em 9 (5,2%) dos prontuários não havia essa informação. No presente estudo, 100% das mulheres estavam no segundo trimestre da gestação (após 20ª semana) quando manifestaram a doença. A idade gestacional, no momento do parto, ficou assim distribuída: 80 (47,1%) das parturientes estavam com idade gestacional menor que 37 semanas (Pré-termo); 68 (40,0%) maior ou igual a 37 semanas e menor que 41 semanas (a termo); 5 (2,9%) com idade maior ou igual a 41 semanas (pós-termo) e em 17 (10,0%) prontuários não constavam esta informação, pois as gestantes foram encaminhadas a outras unidades hospitalares por motivos diversos.

Com relação ao número de consultas pré-natal, verificou-se que para os 119 (70%) prontuários nos quais as pacientes realizaram mais de quatro consultas, só ocorreram 2 (1,2%) casos de eclampsia e 4 (2,4%) casos de síndrome HELLP. Não houve nenhum óbito materno. Quanto ao tipo de parto, os resultados obtidos foram: 22 (12,9%) partos vaginais; 131 (77,1%) cesáreas e 17 (10,0%) foram ignorados, por transferências pra outras unidades hospitalares, conforme registros em prontuários.

Concernente à classificação dos casos de SHEG, observa-se uma maior incidência da pré-eclâmpsia grave com 71 (42%) dos casos, seguido da hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta 38 (22%) (Gráfico 1).

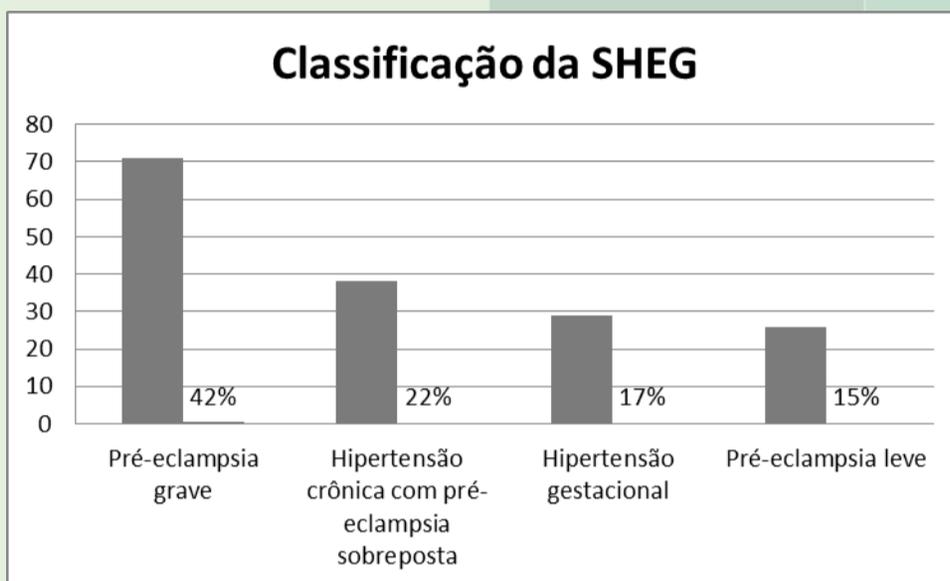


Gráfico 1 - Classificação dos casos de Síndrome hipertensiva específica da gestação. João Pessoa/PB, 2014.

Fonte: Pesquisa direta em prontuários do HULW. João Pessoa/PB, 2014.

Referente à história familiar das pacientes, foram encontradas as seguintes informações: 112 (65,9%) apresentavam antecedentes familiares de hipertensão arterial crônica; 66 (38,8%) diabetes; 25 (14,7%) cardiopatia; 39 (22,9%) gravidez múltipla e 4 (2,4%) de pré-eclâmpsia em algum familiar.

Agora analisando os antecedentes pessoais, encontramos para um total de 170 gestantes: 39 (22,9%) apresentavam hipertensão arterial crônica; 28 (16,5%) referiram infecção do trato urinário; 15 (8,8%) apresentavam cardiopatia; 8 (4,7%) eram diabéticas, 4 (2,4%) endocrinopatia e 2 (1,2%) nefropatia (Gráfico 2).

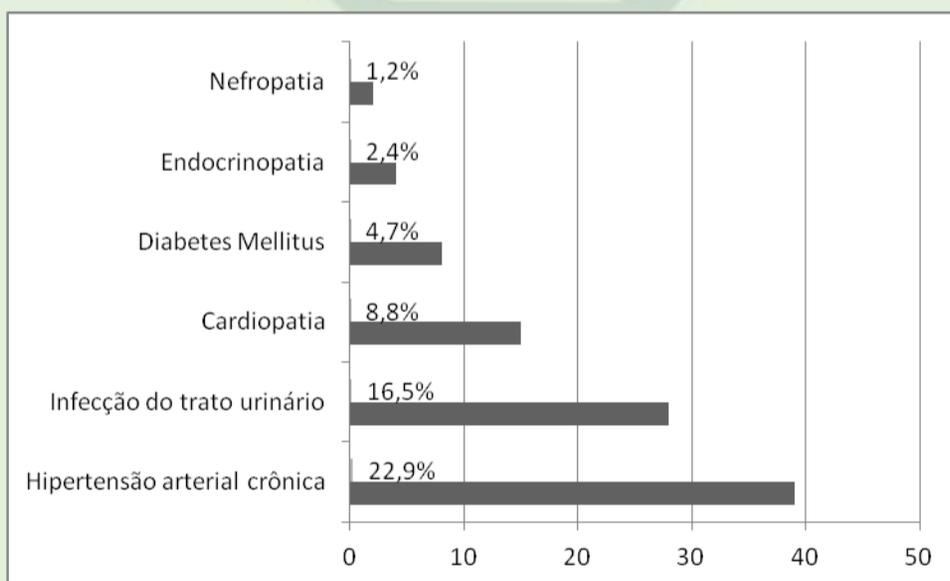


Gráfico 2 - Antecedentes patológicos para gestações anteriores. João Pessoa/PB, 2014.

Fonte: Pesquisa direta em prontuários do HULW. João Pessoa/PB, 2014.

Do total de 101 (100%) gestantes com mais de uma gestação, 33 (32,7%) abortaram em pelo menos uma gestação anterior, 20 (19,8%) apresentaram hipertensão gestacional, 18

(17,8%) apresentaram história de pré-eclâmpsia, 8 (7,9%) de eclâmpsia e 1 (0,6%) síndrome HELLP.

No Brasil, aproximadamente 10% das gestações progredem para gravidez de alto risco, sendo as SEHG, consideradas as principais causas de óbito materno e fetal, sendo os maiores índices registrados nas regiões Nordeste e Centro-Oeste e os menores na região Sudeste.⁷

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito na faixa etária de 10 a 49 anos. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis. Na última análise, feita em 2011, as mortes maternas estão estimadas em 69 por mil nascidos vivos.⁸⁻⁹ Levando-se em conta as causas diretas específicas de morte materna no Brasil, aquelas relacionadas às síndromes hipertensivas tiveram uma prevalência em 2010 de 19,7%, neste caso os dados referenciados encontram-se acima dos achados nesta pesquisa.¹⁰

Os aspectos sociodemográficos são importantes fontes de informações sobre a saúde da população, pois, podem ser aferidos por meio de vários indicadores, como renda, escolaridade e ocupação. A condição socioeconômica da gestante, também pode influenciar de várias maneiras o risco da SHEG. Por exemplo, o nível educacional dificulta o relacionamento do profissional de saúde e a gestante, e pode levar a uma menor aderência às condutas preventivas e de controle dos agravos à saúde. A baixa renda pode levar a uma dificuldade maior no acesso à assistência por um serviço de saúde adequado. Estas informações são importantes, inclusive na análise das condições de vida, bem como para a tomada de decisões políticas em relação à saúde da população.¹¹

Este trabalho por sua vez, exhibe discrepâncias no que concerne a escolaridade, visto que o grau de instrução entre a maioria das gestantes é de ensino médio.

Fatores associados foram identificados entre as gestantes internadas com SHEG, relacionados a condições sociais, econômicas, antecedentes familiares e pessoais, corroborando com a maioria apresentada em literaturas publicadas nos últimos anos, sendo, portanto, considerados como tais: faixa etária entre 15 e 30 anos¹²⁻¹³, cor parda¹³⁻¹⁴, primigestas¹²⁻¹³, idade gestacional de aparecimento da síndrome após a 20ª semana gestacional, parto com idade gestacional menor que 37 semanas¹⁵⁻¹⁶, história familiar de hipertensão arterial¹² e diabetes, antecedentes clínicos de hipertensão arterial.¹²⁻¹³ O fato de a maioria das mulheres desse estudo terem acesso ao pré-natal, não interferiu no desenvolvimento da SHEG, como observado em outros estudos.¹⁵

Vários fatores concorrem para o desenvolvimento da SHEG, sendo a incidência maior quando presente em situações como obesidade, idade nos extremos da fase reprodutiva (idade inferior a 17 anos e superior a 40 anos), história familiar e/ou pessoal de 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.⁴

Os estados hipertensivos da gestação foram classificados pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas em três categorias principais. (1) hipertensão induzida pela

gravidez (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); (2) hipertensão crônica antecedendo à gestação; e (3) hipertensão crônica com toxemia superposta.¹⁶ O Ministério da Saúde¹ classifica as síndromes hipertensivas da gravidez como: Hipertensão crônica (observada antes da gravidez, ou antes de 20 semanas de gestação), pré-eclâmpsia/ eclâmpsia (hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidrôpsia fetal, acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto), pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica (pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal), e hipertensão gestacional (sem proteinúria).

Em 20-50% das pacientes com hipertensão gestacional há progressão para pré-eclâmpsia. As síndromes hipertensivas determinam altas taxas de cesariana, devido ao comprometimento materno e fetal que, na maior parte das vezes, só é evitado com a interrupção da gestação. No Brasil, a exemplo de outros países, as taxas de cesariana também são elevadas, variando de 55 a 85%, de acordo com o tipo e gravidade da hipertensão arterial. A pré-eclâmpsia é o tipo de hipertensão que determina o mais alto índice de cesariana, ou seja, aproximadamente 55% e seguida da hipertensão gestacional (9%).¹⁸ Esses dados apoiam os achados deste estudo, onde 42% das gestantes desenvolveram a pré-eclâmpsia grave como tipo de SHEG, e 77,1% tiveram parto cesária.

O estudo da morbidade materna, especialmente quando se trata das características e fatores que as ocasiona, contribui para dimensionar o problema, além de identificar as condições clínicas mais relevantes a elas associadas, o que é essencial na formulação de estratégias para reduzir a morbimortalidade materna.¹⁹

Os achados desse estudo mostram que a maior parte das participantes da pesquisa eram jovens de baixa renda e com união estável. Corroborando com outras pesquisas sobre a temática.²⁰

Quanto aos dados clínicos, a maior incidência recai sobre a pré-eclâmpsia grave, e o fator de risco mais significativo foi os antecedentes familiares de hipertensão. Diante desses fatos percebe-se que mesmo com a existência de programas de saúde voltados a assistência pré-natal, a diminuição dos riscos à gravidez e a melhoria nos indicadores de saúde materna e neonatal, ainda há muito em que avanço, ainda há muito em que avançar.²¹

Portanto, os resultados indicam a relevância de atenção holística, pelos profissionais de saúde à gestante, voltada à adoção de prevenção e controle da SHEG.

CONCLUSÃO

Ao final deste estudo podemos considerar que o objetivo da pesquisa foi alcançado. No conjunto amostral investigado pode-se inferir que a prevalência de pacientes com SHEG, esta considerada abaixo da faixa, quando comparado a outras regiões.

Pode-se observar em um quantitativo expressivo de prontuários ausência de informações que dificultaram a realização da análise de algumas variáveis. Assim, esta constatação pode ser apontada como uma limitação do estudo.

Destaca-se a importância de se realizar a identificação do perfil da clientela de modo periódico a fim de se nortear o atendimento e contemplar as necessidades da população, como também desenvolver a melhoria da relação entre o profissional e o usuário, pois a partir da informação recebida os usuários poderão tomar decisões com o intuito de promover sua saúde e prevenir doenças e agravos, e desta forma poderão assumir novos hábitos e condutas, podendo traçar de forma participativa um conhecimento sobre o processo saúde-doença.²²

A oferta de atenção qualificada é um componente essencial para a detecção precoce de intercorrências, educação em saúde e conseqüentemente a redução da mortalidade materna e fetal.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico - 5nd ed.* - Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. [cited 2014 mar 18]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012; 43(1). [cited 2013 dec 4]. Available from: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/bolepi_vol_43_n1.pdf
3. National Institutes of Health. *National High Blood Pressure Education Program* [Internet]. Working group report on high blood pressure in pregnancy. 2000. [cited 2014 mar 6]. Available from: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/archives/hbp_preg/hbp_preg_archive.pdf
4. Rezende Filho J, Montenegro CAB. *Obstetrícia fundamental*. 11nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
5. Aguiar MIF, Freire PBG, Cruz IMP, Linard AG, Chaves ES, Rolim ILTP. *Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação*. *Rev Rene Fortaleza*. 2010; 4(11):66-75.
6. Souza A, Menezes H, Maia S, Almeida V, Avancine B. *The high risk pregnancy in view of nursing: a review study*. *R Pesq Cuid Fundam Online* [Internet]. 2011 [cited 2014 mar 21]; 4(1): 1572-81. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1304>
7. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PFA. *WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review*. *Lancet*. 2006; 367 (9516):1066-74.
8. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. 1nd ed., 2. reimpr. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2011. [cited 2013 dec 12]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf
9. Brasil. *Informação à Saúde* [Internet]. Saúde da mulher. Políticas de assistência à mulher. Brasília(DF): Editora do Ministério da Saúde; 2012. [cited 2013 dec 8]. Available from: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-da-mulher>
10. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em*

saúde. Mortalidade materna no Brasil: principais causas de morte e tendências temporais no período de 1990 a 2010. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2011. [cited 2013 dec 17]. Available from:

http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte2_cap14.pdf

11. Silva MP, Santos ZMSA, Nascimento RO, Fonteles JL. Avaliação das condutas de prevenção da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez entre adolescentes. Rev Rene Fortaleza. 2010; 11(4): 57-65.

12. Moura RFM, Oliveira CGS, Damasceno AKC, Pereira MMQ. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. Cogitare Enferm. 2010; 15(2):250-5.

13. Santos ZMSA, Neves MG, Nascimento JC, Fernandes HT, Feitosa JS. Autocuidado da gestante adolescente na prevenção dos fatores de risco da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG). RBPS. 2007; 20(3): 173-80.

14. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [cited 2013 aug 8]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Materno.pdf

15. Chaim SRP, Oliveira SMJV, Kimura AF. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. Acta Paul Enferm. 2008; 21(1):53-8.

16. Ye RW, Li HT, Ma R, Ren AG, Liu JM. Prospective cohort study of pregnancy-induced hypertension and risk of preterm delivery and low birth weight [abstract]. Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi. 2010; 44(1):70-4.

17. Ziegel E. Enfermagem obstétrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

18. Peracoll JC, Parpinelli MA. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(10): 627-34.

19. Luz AG, Tiago DB, Silva JCV, Amaral E. Morbidade materna grave em um hospital universitário de referência municipal em Campinas, Estado de São Paulo. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(6): 281-6.

20. Soliz PP, Sanfelice C, Junges CF, Ressel LB. Caracterização de gestantes adolescentes atendidas no centro obstétrico de um hospital universitário. R Pesq cuid fundam online [Internet]. 2011 [cited 2013 dec 21]; 3(4): 2481-91. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1483/pdf_454

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico - 5nd ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.

22. Carvalho I, Santos V, Teixeira D, Carvalho J. Gynecologic and obstetric profile of pregnant women enrolled in the nursing. R Pesq Cuid Fundam Online [Internet]. 2011 [cited 2014 mar 21]; 3(1): 1973-82. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1428>

Recebido em: 12/05/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 28/01/2015
Publicado em: 01/07/2015

Endereço de contato dos autores:
Karen Krystine Gonçalves de Brito
Universidade Federal da Paraíba
E-mail: karen_krystine@hotmail.com