

Perfil epidemiológico da mortalidade materna por hipertensão: análise situacional de um estado nordestino entre 2004-2013

Epidemiological profile of maternal mortality due to hypertension: situational analysis of a northeastern state between 2004 and 2013

Perfil epidemiológico de la mortalidad materna en la hipertensión: un análisis de la situación nororiental estado entre 2004-2013

Gessiane Tenório Pereira¹; Amuzza Aylla Pereira dos Santos²; Jovânia Marques de Oliveira e Silva³; Patrícia de Carvalho Nagliate⁴.

Como citar este artigo:

Pereira GT; Santos AAP; Silva JMO; et al. Perfil epidemiológico da mortalidade materna por hipertensão: análise situacional de um estado nordestino entre 2004-2013. Rev Fund Care Online. 2017 jul/set; 9(3):653-658. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.653-658>

ABSTRACT

Objective: To know the maternal mortality epidemiological profile due to pregnancy hypertensive disorders in Alagoas state, Brazil, from 2004 to 2013. **Methods:** This is an epidemiological, descriptive, documentary, cross-sectional study with a quantitative approach of a historical series from 2004 to 2013, in a Northeastern state of Brazil. Data were collected through the State Health Department of Alagoas' database. **Results:** There was a greater number of maternal deaths in women aged between 20 and 39 years old by hypertensive syndromes in 2006, due to maternal hypertension with no specific cause. **Conclusion:** Pregnancy hypertensive disorders are considered pregnancy and childbirth complications, and a major cause of maternal and perinatal mortality, deserving special attention from health professionals, linked to maternal and child health.

Descriptors: Hypertension, Pregnancy, Nursing Care, Maternal Mortality.

¹ Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas (ESENFAR/UFAL), Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: gessianetenorio@gmail.com.

² Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas. Mestre em Ciências da Saúde. Docente da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas (ESENFAR/UFAL). Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: amuzzasantos@bol.com.br.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Docente da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas (ESENFAR/UFAL). Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: jovianasilva@gmail.com.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem fundamental. Docente da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas (ESENFAR/UFAL). E-mail: patricia.nagliate@esefar.ufal.br.

RESUMO

Objetivo: Conhecer o perfil epidemiológico da mortalidade materna por meio das síndromes hipertensivas gestacionais no estado de Alagoas no período entre 2004 e 2013. **Métodos:** Estudo com delineamento epidemiológico, descritivo, documental, transversal, com abordagem quantitativa de uma série histórica no período de 2004 a 2013, em um estado do Nordeste. Os dados foram coletados através da base de dados da Secretaria Estadual de Saúde do estado de Alagoas. **Resultados:** Observou-se um número maior de óbitos maternos declarados por síndromes hipertensivas gestacionais no ano de 2006, na faixa etária entre 20 e 39 anos, por hipertensão materna com causa não específica. **Conclusão:** As síndromes hipertensivas gestacionais são consideradas importantes complicações do ciclo gravídico-puerperal, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal, merecendo atenção especial por parte dos profissionais da saúde ligados à área materna-infantil. **Descritores:** Hipertensão, Gestação, Cuidados de Enfermagem, Mortalidade Materna.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo conocer el perfil epidemiológico de la mortalidad materna en los síndromes hipertensivos en el estado de Alagoas, en el período entre 2004 y 2013. **Métodos:** Se trata de un estudio de diseño epidemiológico, descriptivo, documental, transversal y enfoque cuantitativo de una serie histórica en el período 2004-2013 en un estado del noreste. Los datos fueron recolectados a través de la base de datos del Departamento de Estado de Alagoas Estado de Salud. **Resultados:** Hubo un mayor número de muertes maternas notificadas por los síndromes hipertensivos en el año 2006, con edades comprendidas entre los 20 y los 39 años, por hipertensión materna sin una causa específica. **Conclusión:** Los síndromes hipertensivos son considerados importantes complicaciones del embarazo y el parto, una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, mereciendo especial atención de los profesionales de la salud relacionados con la salud materna e infantil. **Descriptor:** Hipertensión, Embarazo, Cuidados de Enfermería, La Mortalidad Materna.

INTRODUÇÃO

As Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG) continuam sendo as maiores causas de mortalidade materno-fetal nos países em desenvolvimento e são responsáveis por 60% das mortes maternas obstétricas diretas. É uma patologia que ocorre no período gravídico, sendo considerada uma das que mais efeitos nocivos provocam no organismo materno e neonatal.¹

A etiologia para as SHG ainda é desconhecida, porém a expressão “hipertensão na gestação” recebe a designação geral de síndromes hipertensivas gestacionais por agrupar várias doenças ligadas à hipertensão. Estas são caracterizadas por níveis pressóricos iguais ou acima de 140 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para pressão diastólica.²

As SHG podem ocorrer sem avisos ou com desenvolvimento gradual de sintomas. Podem ser classificadas em hipertensão arterial sistêmica crônica, pré-eclampsia superposta à hipertensão arterial sistêmica, doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) que agrupa a pré-eclampsia

e eclampsia, além da hipertensão gestacional e, por fim, a síndrome HELLP (*Hemolysis, Elevated Liver Enzymes and Low Platelets*).³⁻⁴

Como fatores de risco para o desenvolvimento das síndromes, destacam-se a obesidade, idade nos extremos da fase reprodutiva, diabetes, hipertensão, nefropatias, história familiar ou pessoal de pré-eclampsia ou eclampsia, dietas hipoproteicas e hipersódicas, baixa escolaridade e atividade profissional fora do domicílio, grupo sanguíneo AB, primigestas, gestações múltiplas, hidropsia fetal e neoplasia trofoblástica.⁵

Gestantes que apresentam as síndromes estão predispostas a desenvolver complicações graves, dentre elas: o deslocamento prematuro de placenta, coagulação intravascular disseminada, hemorragia cerebral, falência hepática e renal, edema de pulmão, encefalopatia hipertensiva e retinopatia.⁴

Além do risco materno, as síndromes hipertensivas gestacionais trazem riscos para o feto em desenvolvimento, dentre os quais podemos citar a redução do suprimento de oxigênio e nutrientes, o baixo peso ao nascer e o maior risco de desenvolver doenças pulmonares agudas e crônicas.⁴

Sabendo que as síndromes hipertensivas da gestação são consideradas a principal causa de morte materna e morbidade perinatal, este estudo tem grande relevância, visto que os resultados obtidos a partir da análise da situação da mortalidade no estado de Alagoas nos últimos 10 anos podem oferecer subsídios que contribuam para aprimoramento de estratégias preventivas.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo conhecer o perfil epidemiológico da mortalidade materna por síndromes hipertensivas gestacionais no estado de Alagoas no período compreendido entre 2004 e 2013.

MÉTODOS

O presente estudo apresenta delineamento epidemiológico, descritivo, documental, transversal e abordagem quantitativa. Este tipo de estudo examina como a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade, renda, a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde segundo o tempo, lugar ou pessoa.

A partir de 2011, a variável escolaridade passou a ser coletada segundo ciclos do ensino, adequando o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) aos padrões do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), impossibilitando, portanto, comparações de dados que compreendam períodos diferentes, tomando-se como base 2011.

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho a outubro de 2014 através do banco estadual disponível na Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas (SESAU). A partir disso, os pesquisadores selecionaram os dados necessários para atingir os objetivos desta pesquisa, sendo utilizados os registros inerentes, referentes ao óbito materno por causa das síndromes hipertensivas gestacionais no período compreen-

didado entre 2004 e 2013, levando em consideração as seguintes variáveis: a quantidade de óbitos por ano de registro, a faixa etária (quando do momento do óbito), microrregião de saúde, estado civil, nível de escolaridade, tipo de parto, semanas gestacionais e raça/cor. Após essa análise, os dados foram descritos através da estatística descritiva em forma de gráficos e tabelas.

O estudo, porém, apresentou uma limitação, pois com a mudança ocorrida nos sistemas de informação que lidam com as estatísticas vitais (SIM e SINASC) a partir de 2006, é um fator limitante para a utilização e comparação de dados anteriores a esse período.

RESULTADOS

Através do levantamento de dados construiu-se uma tabela na qual foi traçado o perfil epidemiológico baseado na série temporal do estudo (Tabela 1).

Tabela 1 - Variáveis referentes ao perfil epidemiológico da mortalidade materna por síndromes hipertensivas gestacionais no estado de Alagoas, no período compreendido entre 2004 e 2013. Maceió, 2014

Variáveis	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	
									Nº	%
Faixas etárias										
15-19 anos	2	2	2	0	0	3	0	0	9	18,0
20-29 anos	4	1	1	0	4	1	2	1	14	28,0
30-39 anos	1	1	2	2	4	5	4	1	20	40,0
40-49 anos	0	2	3	0	0	0	1	1	7	14,0
Estado civil										
Solteira	3	3	5	2	2	3	4	0	22	44,0
Casada	2	3	2	0	6	5	2	2	22	44,0
União estável	0	0	0	0	0	1	1	0	2	4,0
Não informado	2	0	1	0	0	0	0	1	4	8,0
Raça/Cor										
Branca	1	0	0	0	1	2	1	1	6	12,0
Preta	0	0	0	0	0	0	2	0	2	4,0
Parda	4	5	7	1	7	7	4	2	37	74,0
Não informado	2	1	1	1	0	0	0	0	5	10,0
Idade gestacional										
Não informado	7	6	8	2	8	9	7	3	50	100,0
Tipo de parto										
Não informado	7	6	8	2	8	9	7	3	50	100,0
Escolaridade (até 2010)										
Nenhuma	0	2	1	0	0	-	-	-	3	9,7
01 a 03 anos	0	0	1	0	1	-	-	-	2	6,5
04 a 07 anos	1	0	1	0	5	-	-	-	7	22,6
08 a 11 anos	1	1	1	0	0	-	-	-	3	9,7
≥12 anos	0	0	0	0	2	-	-	-	2	6,5
Não informado	5	3	4	2	0	-	-	-	14	45,2
Escolaridade (a partir de 2011)										
Nenhuma						1	0	1	2	10,5
Fundamental (1ª a 4ª)						-	-	-	3	15,8
Fundamental (5ª a 8ª)						-	-	-	3	15,8
Médio						-	-	-	4	21,1
Superior incompleto						-	-	-	1	5,3
Superior completo						-	-	-	1	5,3
Não informado						3	1	1	5	26,3

(Continua)

(Continuação)

Variáveis	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	
									Nº	%
Causa Básica (CID-10)										
O10.1 - Doença cardíaca hipertensiva preexistente complicando a gravidez, o parto e o puerpério	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2,0
O11 - Distúrbio hipertensivo preexistente com proteinúria superposta	0	0	1	0	1	0	0	0	2	4,0
O13 - Hipertensão gestacional sem proteinúria significativa	1	2	2	0	1	2	0	0	8	16,0
O14.0 - Pré-eclâmpsia moderada	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2,0
O14.1 - Pré-eclâmpsia grave	0	0	2	0	0	0	1	1	4	8,0
O14.9 - Pré-eclâmpsia não especificada	1	1	0	0	0	0	1	1	4	8,0
O15.0 - Eclampsia na gravidez	0	1	0	0	0	0	1	0	2	4,0
O15.1 - Eclampsia no trabalho de parto	0	0	1	0	0	2	0	0	3	6,0
O15.2 - Eclampsia no puerpério	2	0	1	0	0	0	0	0	3	6,0
O15.9 - Eclampsia não especificada quanto ao período	2	0	1	0	3	3	1	0	10	20,0
O16 - Hipertensão materna não especificada	1	2	0	2	3	2	2	0	12	24,0

Fonte: SIM/MS.

DISCUSSÃO

Analisando-se a evolução temporal dos óbitos ocorridos no estado de Alagoas, verificou-se a ocorrência do maior número de casos no ano de 2006. A partir de então, percebe-se um equilíbrio nos anos posteriores até sofrer brusco declínio no número de óbitos no ano de 2013.

O número de mortes maternas de um país constitui excelente indicador de sua realidade social, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano. Reflete, além dos fatores biológicos, o nível socioeconômico, a qualidade da assistência médica, a iniquidade entre os gêneros e a determinação política de promoção da saúde pública.⁶

Apesar de a SHG ser uma patologia perfeitamente previsível do ciclo grávido puerperal, suas elevadas complicações maternas e perinatais ainda persistem nos países subdesenvolvidos, entre os quais o Brasil está inserido. Em países desenvolvidos, ao contrário, essas complicações são raras, decorrentes da qualidade dos cuidados prestados no ciclo gravídico-puerperal.⁷

Ao analisar os dados referentes aos dados sociodemográficos, verificou-se que muitas das informações prestadas não são informadas para construção dos indicadores de taxas que poderiam ser utilizados como base para construção de assistências adequadas para diminuição das taxas de morbimortalidades materna, pois sendo SHG possíveis de diagnóstico precoce e tratamento não deveria se admitir mortes referentes a essa patologia.

A redução da mortalidade exige melhorias efetivas não somente relacionadas a questões estruturais do sistema de saúde vigente, sendo fundamental existir um conjunto ações que visem à garantia do financiamento e à melhoria de gestão por parte das diferentes instâncias de governo, melhoria das intervenções baseadas na vigilância e resposta da morbidade materna grave, juntamente com as ações humanizadas da assistência, que fica a cargo dos profissionais de saúde e suas corporações.⁸

A definição dos riscos gestacionais inerentes à gestação em idade avançada tem sido preocupação da obstetrícia, uma vez que cresce o número de mulheres em todo o mundo que retardam a primeira gravidez. Em relação à idade materna, houve maior número de casos entre gestantes na faixa etária correspondente a 30-39 anos e 40-49 anos em concordância com a literatura, que considera fator de risco gestacional preexistente a idade materna maior que 35 anos, o que exige atenção especial durante a realização do pré-natal.⁹⁻¹⁰

Quanto ao nível de escolaridade das mães que evoluíram para óbito em decorrência das síndromes hipertensivas gestacionais, apresentado na Tabela 1 deste estudo, verificou-se a ausência de informações a despeito desse importante indicador para todo o período analisado. Apesar de não ter sido informado, pode-se dizer que o baixo nível de escolaridade pode contribuir para a redução da renda familiar, levando ao estresse relacionado ao desemprego e à difícil inserção no mercado de trabalho e, em decorrência disso, contribuir para o surgimento de distúrbios hipertensivos na gestação.

A subnotificação ou omissão desse dado verificada nesta pesquisa é um fator preocupante, tendo em vista sua importância epidemiológica, visto que o grau de escolaridade pode facilitar o entendimento da gestante com relação às informações pertinentes ao bom desenvolvimento de sua gestação, uma vez que as síndromes hipertensivas específicas da gestação são altamente preveníveis. Em consequência da ausência dessas informações, o acompanhamento da efetividade das ações de saúde das mulheres é prejudicado em face dos dados disponíveis, o que justifica a necessidade de capacitação dos profissionais que realizam a notificação desses óbitos.^{9,11}

Outra variável importante a ser considerada é o estado civil. Essa variável é de importante análise, tendo em vista a importância do suporte familiar à gestante para o desenvolvimento de uma gestação sem maiores intercorrências, uma vez que uma gestante em situação de vulnerabilidade tende a negligenciar os devidos cuidados com a gestação em curso. A ausência de uma rede de apoio social representa um importante fator de risco relacionado inclusive ao adoecimento e ao óbito. Acredita-se que as gestantes solteiras, assim como as viúvas e separadas judicialmente, tendem a constituir um grupo vulnerável.¹²⁻¹³

O resultado desta pesquisa aponta um maior número de casos relacionados à cor parda contradizendo a literatura que traz a cor/raça negra como fator de risco predominante relacionado à cor da pele, justificando-se assim pela grande miscigenação no nosso país.^{10,14}

A idade gestacional é um importante indicador a ser analisado, tendo em vista que a alteração da pressão arterial diagnosticada precocemente é importante para monitoramento desta e prevenção de complicações durante a gestação, o que pode ocasionar a morte, tanto para o feto como para a mãe. Além de, uma vez estabelecido o diagnóstico de síndrome hipertensiva na gravidez, deve-se avaliar os riscos materno-fetais antes de se decidir pela interrupção de gestação prematura em função da idade gestacional, vitalidade/maturidade fetal e gravidade da doença.^{9-10,15}

Em relação às causas que levaram as gestantes ao óbito, observou-se o predomínio de casos relacionados à hipertensão materna não específica e à eclampsia não específica quanto ao período gestacional. A literatura aponta a eclampsia como uma das principais causas de óbito materno em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento.^{9,15-16}

A avaliação adequada para a escolha do tipo de parto ao qual a gestante hipertensa será submetida pode muitas das vezes diminuir os riscos de complicações decorrentes dos distúrbios hipertensivos, como o descolamento prematuro de placenta e alterações da vitalidade fetal que podem indicar o parto imediato, apesar de em muitos casos ser possível a escolha pelo parto vaginal sem maiores riscos para a mulher.^{10,15,17}

Diante disso, a literatura afirma que é de fundamental importância para o desenvolvimento de uma gestação sem maiores intercorrências a realização de um pré-natal efetivo. Cabe ao profissional de saúde desenvolver intervenções a nível primário, secundário e terciário para a prevenção

da hipertensão na gravidez, começando pela cobertura no período pré-natal, diagnóstico precoce das grávidas de alto risco, de modo a iniciar o tratamento precoce, rápido e eficaz, prevenindo, assim, as complicações materno-fetais.^{7,10,13}

CONCLUSÃO

As síndromes hipertensivas gestacionais são consideradas importantes complicações do ciclo gravídico-puerperal, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal, merecendo atenção especial por parte dos profissionais da saúde ligados à área materno-infantil.

Os resultados sinalizam para a importância da abordagem centrada na prevenção e controle das síndromes hipertensivas gestacionais pela identificação e implantação de intervenções efetivas na redução da mortalidade materna, durante o pré-natal, o parto e o puerpério, e devem ser prioridades do governo e da própria sociedade.

O número de mortes maternas de um país constitui excelente indicador de sua realidade social, reflete, além dos fatores biológicos, o nível socioeconômico, a qualidade da assistência médica, a iniquidade entre os gêneros e a determinação política de promoção da saúde pública, com isso fica evidente a necessidade de intensificar os esforços para a diminuição dos casos de mortalidade materna em nosso país.

Como estratégias a serem adotadas, podemos incluir um adequado sistema de registro de nascimentos e mortes, o planejamento familiar, a assistência pré-natal efetiva, uso de tecnologias apropriadas, o atendimento por profissional capacitado, a melhoria da atenção institucional ao parto, a melhora de gestão por parte das diferentes instâncias de governo, melhoria das intervenções baseadas na vigilância epidemiológica juntamente com ações humanizadoras da assistência por parte dos profissionais e instituições.

REFERÊNCIAS

1. Mulla Z., Gonzalez-Sanchez JL, Nuwavid BS. Descriptive and clinical epidemiology of preeclampsia and eclampsia in Florida. *Ethn Dis*. 2007; 12(3): 506-13.
2. Assis TR, Viana FP, Rassi S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2008. Julho [citado em 2015 julho 15]; 91(1): 11-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001300002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001300002>>.
3. Ferrão MHL, Pereira ACL, Gersgorin HCTS. Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2006; 52(6): 390-4.
4. Souza A., Amorim MR, Costa AAR, Noronha Neto C. Tratamento anti-hipertensivo na gravidez. *Acta Med Port.* 2010. 23(1):77-84.
5. Souza JP. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013; 35(12):533-5.
6. Chaim SRP, Oliveira SMJV, Kimura AF. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. *Acta Paul Enferm.* 2008. 21(1):53-8.
7. LINHARES et al. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto risco na Rede Básica de Atenção à Saúde de Sobral, Ceará, Brasil. *Revista Einstein*, 2009. 7(2):182-6.

8. Moura ERF, Oliveira CGS, Damasceno AKC, Pereira MMQ. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. *Cogitare Enferm*. 2010. Abr/Jun; 15(2):250-5.
9. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2012.
10. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
11. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
12. Oliveira CA, Lins CP, Sá RAM, Netto HC, Bornia RG, Silva NR. Síndromes hipertensivas da Gestação e repercussões Perinatais. *Rev Bras Mater Saude. Infant*. [Serial na internet]. 2006 Mar [cited 2014 20 de dezembro]; 6 (1): 93-8. Disponível a partir de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100011&lng=en>.
13. Neto CN, Souza ASR, Amorim MMR. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(9):459-68.
14. Koopmans CM, Bijlenga D, Groen H, Vijgen SM, Aarnoudse JG, Bekedam DJ, et al. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPIAT): a multicentre, openlabel randomised controlled trial. *Lancet* 2009.27(5):1021-34.
15. Cabral AN, Vieira LM, Faustino AM, Reis PED. O conhecimento de gestantes acerca da hipertensão na gravidez: estudo descritivo. *Rev enferm UFPE on line*. 2011 ago;5(6): 1463-7.
16. Melo BCP, Amorim MMR, Katz L, CoutinhoI, Veríssimo G. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. *AMB rev Assoc Med Bras*. 2009;55(2):175-80.
17. Pires CGS, Rodrigues GRS, Paiva MS. O olhar simbólico do corpo refletido pela hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. *Rev enferm UFPE on line*. 2011 ago;5(6): 1555-61.

Recebido em: 22/04/2016

Revisões requeridas: Não

Aprovado em: 25/05/2016

Publicado em: 10/07/2017

Autor responsável pela correspondência:

Amuzza Aylla Pereira dos Santos
Avenida Lourival Melo Mota, sn
Cidade Universitária, Tabuleiro dos Martins
CEP: 57072-900
Maceió/AL, Brasil