

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE DOENÇAS HIPERTENSIVAS ESPECIFICAS DA GESTAÇÃO (DHEG) EM BARRA DO GARÇAS-MT.

AMANDA GABRIELLY RODRIGUES DA SILVA¹
LISSA FERNANDES GARCIA DE ALMEIDA²
ELAINE MAIA ALVES BORGES³
WENDELL SANCHES LACERDA⁴
RAFAIANE QUEIROZ DE MORAES SOUZA⁵
ÉRIKA MARIA NEIF⁶

RESUMO

A hipertensão gestacional é uma das doenças com maior taxa de mortalidade materna. Embora a gravidez seja uma parte normal da vida, para algumas mulheres grávidas caracterizado por problemas significativos, como pré-eclâmpsia, hipertensão e proteinúria e eclâmpsia se desenvolveram após 20 semanas de gestação. A mortalidade materna, tem consequências negativas para gestantes, sendo considerada um problema de saúde pública. Evitável em mais de 90% dos casos, o aumento da hipertensão arterial na gravidez tem sido a primeira causa de morte materna. O objetivo deste estudo foi determinar o risco de gestantes com pré-eclâmpsia, implementar recomendações de intervenções para prestar cuidados. O desenvolvimento deste trabalho demonstra a importância do cuidado a esses pacientes, enfatizando a flexibilidade do diagnóstico precoce. Para um melhor prognóstico juntamente com os cuidados. Passar nesta proposta de intervenção, visamos minimizar o risco materno e fetal, proporcionar isso leva a uma melhor qualidade de atendimento para pacientes com pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão, intervenção, cuidado.

ABSTRACT: The research aims to guide pregnant women about arterial hypertension that appears for the first time after the 20th week of pregnancy, and shows the importance of quality prenatal care through exams, which will identify the possible changes that this pregnant woman presents, from this point of view. Thus, hypertensive disorders have been one of the causes of complications that have caused maternal deaths. Preeclampsia is a disease that evolves silently, and presents some signs and symptoms such as: swelling in the face and around the eyes, marked weight gain, nausea and vomiting, pain in the epigastric region, headache and visual changes such as (blurred or blurred vision), hyperreflexia, tachypnea and anxiety. According to the World Health Organization (WHO), around 830 women die every day from complications related to pregnancy or after childbirth worldwide. WHO works to reduce the maternal mortality rate to less than 70 per 100,000 live births. In this way, health professionals tend to ensure comprehensive care in maternal and neonatal health, to ensure quality care, addressing the needs and inequalities of pregnant women in accessing the services provided. The evaluation method will be quantitative descriptive, where a questionnaire with open and closed questions will be carried out in person.

KEY WORDS: Hypertension, intervention, care.

¹ Acadêmica egressa do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR, Barra do Garças/MT - Brasil. Contato: e-mail: amandarold12@gmail.com.

² Médica especialista em Ginecologia e Obstetrícia – Mestre em Ginecologia e Obstetrícia pela USP - Contato: e-mail: @lissafga78@gmail.com.

³ Médica especialista em Ginecologia e Obstetrícia – Mestre em Imunologia e Parasitologia pela UFMT Contato: (66) 99969-4639; e-mail: emaborges37@gmail.com.

⁴ Médico Clínico Geral – Mestre em Imunologia e Parasitologia pela UFMT- Contato: e-mail: wendellacerda@gmail.com.

⁵ Docente orientador do Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR, Barra do Garças/MT - Brasil., Doutora em Ginecologia, obstetrícia e mastologia pela UNESP. Contato: e-mail: rafaiannequeiroz@gmail.com.

⁶ Docente orientador do Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR, Barra do Garças/MT - Brasil., Doutora em Ciências pela UEM. Contato: e-mail: neif.erika@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO

A Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) é caracterizada por uma tríade de sintomas (elevação da PA, proteinúria e edema, na ausência da proteinúria, alguns sintomas são sugestivos, como cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas. O edema isolado não é considerado sugestivo, pois aparece com muita frequência nas gestantes (BRASIL, 2012).

Embora o conhecimento da fisiopatologia seja parcial, sabe-se que o DHEG, é uma doença multifatorial envolvendo doenças imunológicas, genéticas e questões ambientais que requerem atenção especial, pois isso pode ocorrer em diferentes formas, formas isoladas ou formas associadas à hipertensão são mais comuns. Doença arterial sistêmica (HAS) acometendo parcela significativa da população, existir em gestantes, ambas as formas acometem diversos órgãos maternos e podem causar o desfecho fatal do binômio (COZENDEY *et al.*, 2015).

Mortalidade materna, tem consequências negativas para gestantes, sendo considerada um problema de saúde pública. Evitável em mais de 90% dos casos, o aumento da hipertensão arterial na gravidez tem sido a primeira causa de morte materna. Alguns dados foram obtidos nas copitas brasileiras, os transtornos hipertensivos lideram as causas deste tipo de morte, representando com

25% dos óbitos maternos investigados (LAURENTI, JORGE, GOTLIEB, 2004).

A pré-eclâmpsia é responsável por grande parte das indicações de interrupção prematura da gestação. A teoria mais aceita, atualmente, é a da "má placentação": uma envasado trofoblástica deficiente levaria a uma lesão endotelial com espasticidade e difusa, associada a hipercoagulabilidade, inflamação, hiperlipidemia e resistência insulínica. Socorre 5% a 8% das gestações a partir dos resultados apresentados que ela é a principal causa de morte materna e perinatal nos países em desenvolvimento (MELO *et al.*, 2009, FREIRE; TEDOLDI, 2009).

A pré-eclâmpsia continua sendo uma síndrome que leva a graves consequências maternas tornando fetais, com base em várias teorias foram propostas na tentativa de compreender o quadro clínico da paciente. As síndromes podem ser classificadas em hipertensão gestacional, hipertensão crônica, pré-eclâmpsia isolada ou superposta e eclâmpsia. O Excesso de proteinúria nas gestantes tem agravado o quadro gerando alterações que podem ser prejudiciais a essas gestantes como alterações favoreceriam a má adaptação placentária (PACHECO, 2003).

Os distúrbios hipertensivos são as complicações mais comuns no pré-natal, acometendo 12 a 22% das gestações e um das causas de óbitos materno. Em 2003 a taxa de mortalidade materna foi de 57,7 óbitos por mais

de 100.000 nascidos vivos com a prevalência nas regiões Nordeste (62,8), Norte (56,9) e Centro-Oeste (52,7); e as menores nas regiões Sul (51,3) e Sudeste (41,7), registrando que a eclâmpsia é a primeira causa de morte materna no País, seguida pelas síndromes hemorrágicas (LOWDERMILK, PERRY, BOBAK, 2002).

Os hospitais tem contribuído para a ter uma melhor assistência no atendimento de casos mais complexos e graves de gestantes com a pré-eclâmpsia, contribuindo com um papel muito importante na assistência analisando fatores que podem causar possíveis consequências para uma melhor resolução do problema (YANKOWINTZ *et al.*, 2004). O cuidado da gestante na gestação de alto risco é um dos aspectos essenciais a fim de reduzir a morbimortalidade infantil e materna (BRASIL, 2012).

Na pré-eclâmpsia vários fatores podem estar associados a pré-eclâmpsia, como a idade reprodutiva, estado nutricional da pré-gestacional, ganho de peso, condutas socioeconômicas desfavoráveis, presença de doenças crônicas com a diabetes e hipertensão. Os fatores variam de cada pessoa e região, esses fatores podem ser bem semelhantes entre populações. (GRUSLIN, 2011). No período gestacional a gestante sofre várias mudanças tanto físicas, emocionais e hormonais (MAIDONADO, 2017). As síndromes hipertensivas (DHEG), na gestação podem causar a morte materna e perinatal, ela pode

ocorrer em mulheres grávidas com hipertensão crônica ou adquirida em gestação após a 20ª semana.

Portanto, os profissionais de enfermagem devem agir para prevenir e detecção precoce da síndrome hipertensiva, orientar as gestantes sobre práticas de exercícios físicos e nutrição saudável e encaminhá-las para aconselhamento de alto risco se alterações nos níveis de pressão arterial em pacientes (MARIANO *et al.*, 2018).

A partir das 20ª semanas é feito o diagnóstico inicial para identificar a síndrome hipertensiva. A importância dos profissionais de saúde no cuidado dessa gestante no início da gestação com o pré-natal é fundamental para identificar as possíveis complicações que essa gestante pode apresentar no início, para evitar os riscos de mortalidades na mãe e no feto. Gestantes com pré-eclâmpsia e feto prematuro devem ser internadas em centro obstétrico hospitalar com unidades de terapia intensiva materna e neonatal (UTI), para uma avaliação e tratamento específico (MARIANO *et al.*, 2018).

É importante que a gestante faça um pré-natal com qualidade se preocupando com o seu bem estar e do bebê, para reduzir os riscos de mortalidade na sociedade. A Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) é uma das síndromes hipertensivas e a complicação mais frequente na gestação, sendo a primeira causa de mortalidade materna. A

pesquisa vai garantir com que ela receber toda as orientações necessárias, identificando os sinais e sintomas. Sendo assim realizar exames avaliando hipertensão e o excesso de proteinúria na urina, de modo que o quanto mais rápido diagnóstica a pré-eclampsia, mais rápido será controlada. A pesquisa tem como finalidade, promover consultas frequentes, sempre monitorando a hipertensão e o ganho de peso, orientando repouso, adotando precauções estabelecendo uma dieta com pouco sal e o consumo de água e alimentos saudáveis, tendo assim como benefício uma gravidez controlada e sem riscos para gestante e o bebê. Deve levar em consideração os cuidados essenciais as gestantes, no ato de ajudar e apoiar para que essas gestantes possua uma melhor qualidade de vida. Sendo assim os profissionais de saúde irá identificar por meio de diagnósticos, planejamento e prevenções, realizando intervenções prestando uma assistência a essas pacientes com pré-eclampsia, para minimizar os riscos maternos e fetais, e promovendo assim o bem estar.

Nesse contexto esse trabalho objetivou investigar as características maternas e os fatores de risco para o desenvolvimento de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) evidenciando pré-eclâmpsia em gestantes, que tem causado a mortalidades gestacional. Ainda, orientar a importância de um pré-natal com qualidade, expondo os riscos da pré-eclâmpsia

evidenciados em pacientes com DHEG nas UBS no município de Barra do Garças.

2. METODOLOGIA

O desenvolvimento do presente projeto de pesquisa foi realizado com gestantes na região do vale do Araguaia, com mulheres acima de 18 anos, que moram na cidade de Barra do Garças-MT. Será realizado um questionário a 50 gestantes, que irá avaliar as Doenças Hipertensivas Específicas na Gestação (DHEG), e através de prontuários médicos, utilizando o método de avaliação quantitativa.

Os questionários foram aplicados a 50 gestantes, residentes na região, sendo 8 questões objetivas, será entregue pessoalmente para cada gestante, onde irá avaliar as possíveis alterações da hipertensão nas gestantes e recomendar a importância do cuidado no início da gestação, indicando os possíveis riscos que a pré-eclâmpsia pode causar para ela e o bebê, enfatizando os principais métodos de prevenção. Algumas questões podem trazer desconforto, para amenizar a paciente receberá todas as informações necessárias.

As participantes assinaram um termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com os riscos mínimos segundo a resolução nº 510 de 7 de abril de 2016. Permitindo a participação e a divulgação dos dados, como critérios irá participar gestantes maior de 18 anos, desta

forma não iram se envolver aqueles que não condiz com o proposto.

Após a coleta de dados, foi realizada a tabulação dos dados. Os dados das questões fechadas, abrangendo questões socioeconômicas, e acompanhamento no pré-natal, em um elaborados no programa *Microsoft Word* e *Microsoft Excel*, em seguida, categorizados em gráficos. As questões abertas são analisadas, categorizadas e divulgadas integralmente em citações diretas e tabelas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente pesquisa realizada com gestantes (>18 anos), através do questionário foi aplicado em 4 UBS no município de Barra do Garças-MT, UBS-Santo Antônio III, UBS-Nova

Barra, UBS- Vila Maria, UBS-Piracema, foi realizado a coleta de dados 50 gestantes, apresentaram conhecimento sobre as doenças hipertensivas na gestação e os riscos, ao analisar os dados apresentados, sendo (8%) com a idade de 18-20 anos, tiveram (90 %) prevalência de gestantes com a idade de 21-39 anos, (2 %) >40 anos (Tabela 1).

Segundo Dias (2005), a amostra foi composta de 40 participantes: destas 11 (27,5%) tinham idade entre 20 e 24 anos e 11 (27,5%) tinham idade entre 30 e 34 anos. Tais dados corroboram-se com um estudo realizado com gestantes hipertensas onde 64,5% das gestantes tinham entre 20 e 34 anos. Já no estudo de Dias et. al. 9 43% das mães analisadas tinha idade considerada tardia, ou seja, maiores de 32 anos.

Tabela 1-Relação da idade das gestantes em número e porcentagem

IDADE	N=50	%
	FAIXA ETÁRIA	
18-20	4	8%
21-39	45	90%
>40	1	2%
Total	50	100%

Fonte: Autoria própria.

Observa-se que houve predominância de pacientes com idade de 19 a 36 anos (n=50). Em relação à raça/cor, mais da metade (n=50) das participantes relatam se considerar (60%) pardas, (18%) amarelas, (20%) branca, (2%) negra. Em relação à cor, o maior percentual de

SHEG ocorreu em mulheres pardas (68,75%). Segundo Guerreiro, Borges, Nunes, Silva e Maciel (2014) o estudo de mortalidade em uma maternidade do Pará com as mães com DHEG observaram (60,6%) das gestantes eram pardas. Outro estudo realizado no Maranhão por Alves

et al. (2014), foi observada coloração marrom (50%) nos prontuários dos pacientes com DHEG. As essas características podem estar

relacionadas ao perfil da gestante e ao local onde foi realizado o estudo.

Tabela 2= Relação de raça e cor

RAÇA/COR	N=50	%
Parda	30	60%
Amarela	9	18%
Negra	1	2%
Branca	10	20%
Total	50	100%

Fonte: Autoria própria.

Ao observar o estado civil, houve o total de mais gestantes (38 %) casadas, (0,12 %) solteira, e com (50%) união estável. Os dados apresentados na tabela acima do estudo realizado, no qual a idade de maior prevalência foi de 18 a 36 anos, mais da metade união estável. No entanto no que se refere a situação conjugal a maioria eram casadas (37,5%), sendo está variável não considerado fator de risco

nesse estudo. De acordo com Souza et al. (2020), algumas mulheres preferem engravidar dentro de um relacionamento mais estável, haja vista que a estabilidade colabora para a evolução da gestação, do estado emocional e financeiro, porém o fato das mulheres serem casadas não impedem que mesmas desenvolver a DHEG na gestação.

Tabela 3= Relação da Estado Civil

Estado Civil		
Casada	19	38%
Solteira	6	12%
União Estável	25	50%
Total	50	100%

Fonte: Autoria própria.

De acordo com os dados coletados, o gráfico cerca de 50 das gestantes entre 18-40 anos apresentaram índice de (90%) não tem síndrome hipertensiva, (10%) tem síndrome hipertensiva, fazem o uso regular do

medicamento Metildopa. As 50 gestantes realizam o acompanhamento ao pré-natal regularmente.

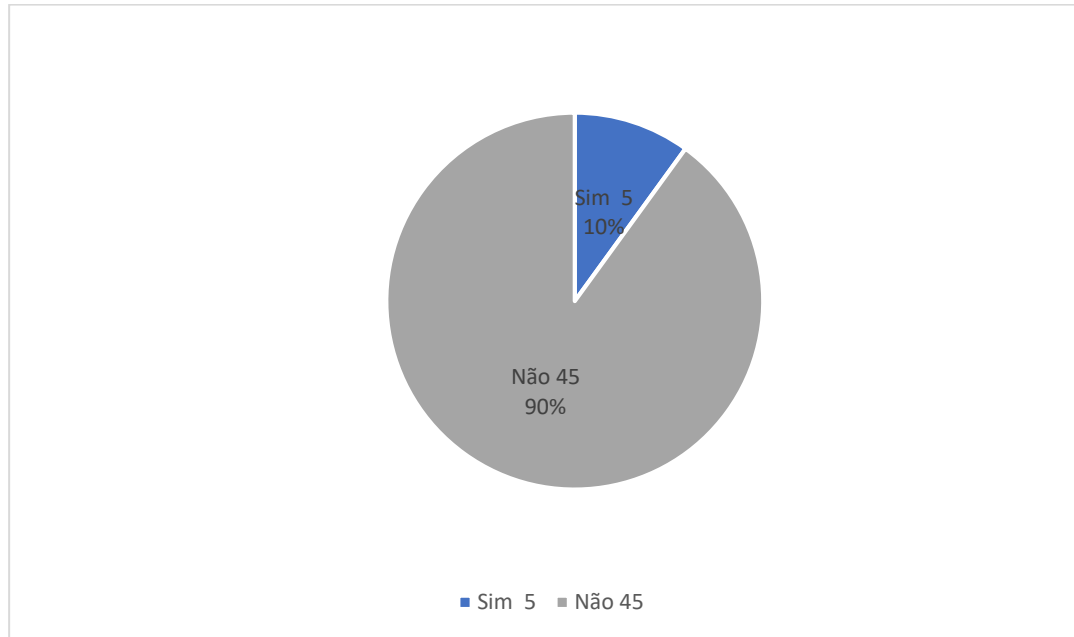


Figura 1: Referente paciente com hipertensão arterial.

Estudo de Souza *et al* na cidade de São Paulo. (2020), sobre a epidemiologia da hipertensão em gestantes, foi estabelecida história familiar de hipertensão (78,1%) e diabetes (50%). Outro estudo realizado no

Instituto da Mulher Costa, Cura, Perondi, França e Bortoloti (2016) observam em Francisco Beltrão, Paraná Gestantes de alto risco com hipertensão (63,9%) e diabetes (34,4%).

Tabela 4- Idade Gestacional (IG) das participantes, gestantes.

IG atual	N	%
18-20	21	42%
21-30	23	46%
>31	6	12%
Total	50	100%

Fonte: Autoria própria.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a confirmação do diagnóstico de DHEG se dá pelo aumento da PA a partir da 20ª semana de gestação, podendo persistir até 12 semanas pós-parto (BRASIL, 2012). Ao analisar a tabela 4, a IG atual e a ser diagnosticada, observa-se que as participantes gestantes, tinham uma média entre 18 e >31 semanas gestacionais, e em relação à descoberta do diagnóstico, a maior Segundo as participantes:

“A partir das 20º semanas [...], muita dor de cabeça.” (Paciente 3)

“começou a partir das 21º semanas” (Paciente 46)

“A partir da 20º semanas [...]” (Paciente 12)

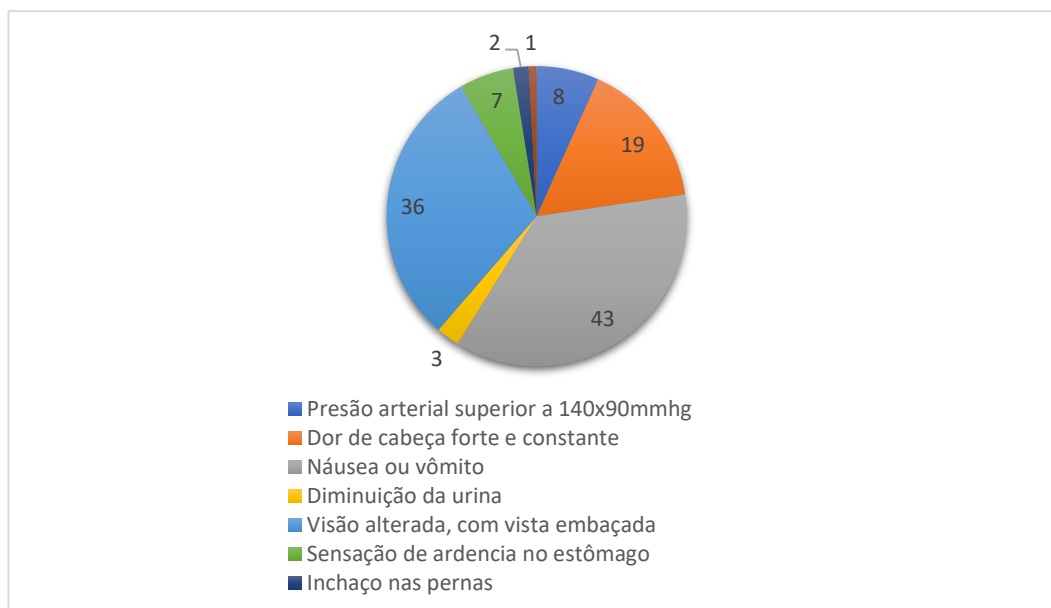
Uma minoria já possuía diagnóstico de hipertensão antes da gestação, conforme afirmações a seguir. Segundo a participante:

“Antes de engravidar já tomava remédio para pressão” (Paciente 4).

Na figura 2, foi utilizado questionário como ferramenta para identificar os riscos das doenças hipertensivas, avaliando os níveis de

parte foi diagnosticada com IG entre 21 a 30 semanas, 10% apresentaram síndromes hipertensivas, seguida de participantes com IG maior que 31 semanas. Concordância com o MS, no estudo foi identificado que a maioria das participantes tiveram seu diagnóstico confirmado de DHEG com idade gestacional maior que 20 semanas.

pressão arterial da gestante, sinais e sintomas nas gestantes durante consulta no pré-natal, nas unidades básicas de saúde.



Figurinha 2 = Distribuição de frequência das respostas do questionário

Fonte: Autoria própria

Na coleta dos sintomas apresentados 8 gestantes apresentaram pressão alterada superior a 140x90mmHg, 19 apresentaram dor de cabeça e 36 apresentaram visão alterada, 43 apresentaram náusea e/ou vômito, 3 apresentaram diminuição na urina, 7 apresentaram sensação de ardência no estômago, apresentaram inchaço nas pernas e apenas 1 apresentou proteinúria na urina. Após o termino da coleta de dados observou-se que 8 das 50 gestantes apresentaram hipertensão. E a maioria

das gestantes apresentaram sinais e sintomas decorrente a gestação.

Segundo Lacerda, Moreira (2011), sinais e sintomas, a maioria das gestantes apresentaram todos os sintomas investigados, no entanto os mais evidentes foram cefaleia (75%) aumento da PA (93,75%) e edema nos membros superiores e inferiores (68,75%). Um estudo realizado na cidade de Fortaleza no Ceará, gestantes com pré-eclâmpsia foram cefaleia (29%), edema de membros superiores e inferiores (64 %) tontura (20,4%) e dores em baixo ventre (18,1%).

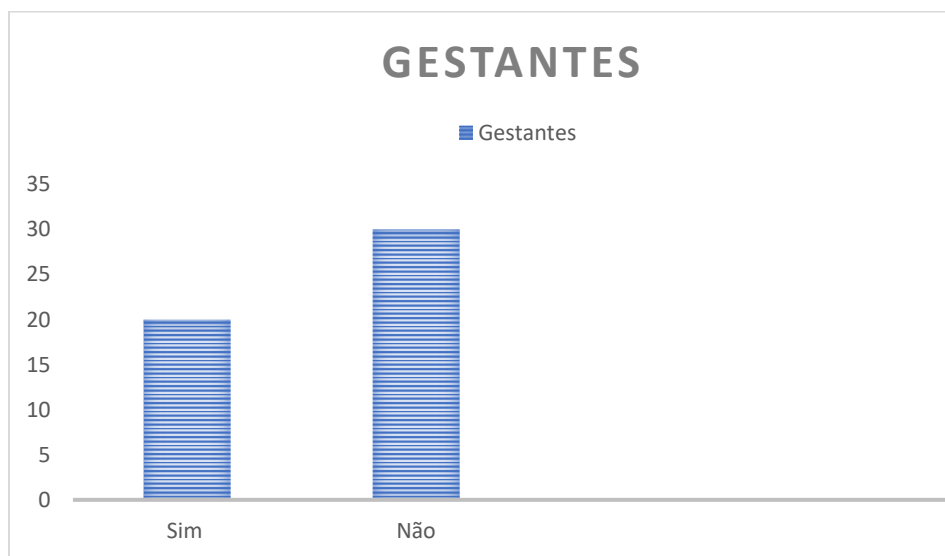


Figura 4: Avaliação do conhecimento das gestantes sobre pré-eclampsia

Fonte: Autoria própria

Na figura 4 após a avaliação, certa de 20 gestantes souberam responder o que seria pré-

eclâmpsia e suas consequências e 30 gestantes não souberam responder. Segundo as pacientes:

“Risco durante a gravidez com alto risco de pressão alta, podendo levar a falência do bebê e da mãe (Paciente 20)”

“É a alteração da pressão, que pode causar morte bebê e da mãe[...] (paciente 25)”

“Pressão alta[...] morte para o bebê/mãe ou para os 2 juntos[...] (paciente 36)”

“Aumento da pressão arterial na gestação[...] perda do bebezinho[...]paciente 2”

O estresse, muitas vezes presente em gestações indesejadas e muitas vezes em situações extremas da vida reprodutiva, tem sido apontado como fator contribuinte para a pré-eclâmpsia e suas complicações. Melhores condições para os serviços de planejamento familiar poderiam ter evitado algumas das mortes. Os dados de paridade de referência mostram maiores taxas de mortalidade para primíparas. Os fatores de risco para pré-

eclâmpsia/eclâmpsia citados na literatura foram identificados nos casos estudados, incluindo obesidade, primípara, idade avançada, história familiar, história de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia em gestações anteriores, gêmeos e ganho de peso excessivo (TAKIUTI, KAHHALE, ZUGAIB, 2002).

A DHEG é caracterizada por uma tríade de (pressão arterial elevada, proteinúria e edema). Na ausência de proteinúria, alguns

sintomas são sintomas sugestivos como cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, trombocitopenia e as enzimas hepáticas estão elevadas. Edema solitário não é considerado sugestivo, porque ocorre frequentemente em gestantes (BRASIL, 2012). É muito importante uma assistência adequada no Pré-natal, sobre orientações específicas para diagnóstico DHEG, para rastrear e monitorar seus sinais e sintomas.

O Ministério da Saúde, preconiza uma assistência voltada para a prevenção de agravos e promoção de saúde. Os profissionais responsáveis devem orientar as gestantes a frequentarem corretamente as consultas, bem como participar ativamente de grupos de apoio à gestante, nas quais serão realizadas orientações voltadas para a prevenção de doenças, das DHEGS (BRASIL, 2012). É necessário fortalecer a Gestantes da UBS, reforçando o uso e a importância da tecnologia leve.

Ao estimular protagonistas, individualidade e troca de experiência. Com isso foi descoberto em um estudo de Queiroz *et al.*, (2016). Grupos maternos promovem o acesso aos profissionais Enfermeiros, para maior sensação de segurança e confiança para expor dúvidas, reclamações, sentimentos e interações com outros participantes. Para Abrahão *et al.*, (2020), os enfermeiros são equipados e treinados para aplicar suas

técnicas e base científica, Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o DHEG é uma patologia cada vez mais prevalente no mundo atual, vários estudos sobre esse tema têm sido destacados, e o estigma do peso e seu impacto negativo na saúde pessoal são cada vez mais discutidos.

Durante a assistência Pré-natal, as pacientes foram claramente orientadas a respeito da prevenção e dos possíveis riscos, bem como, ter tido suas dúvidas sanadas, fatos evidenciados nos dados da pesquisa, no município de Barra do Garças-MT as DHEGS na gestação tem sido bem controlada e evitada com as práticas de assistência primária fornecidas pelo SUS.

À medida que o estudo foi concluído, observou-se que a assistência pré-natal é importante porque durante o aconselhamento, pode-se identificar fatores de risco para o desenvolvimento de comorbidades evitáveis, se forem encontrados sintomas, deve-se fazer o encaminhamento para ajuda qualificada de acordo com cada mulher para um pré-natal de alto risco.

Vale ressaltar a importância dos profissionais de saúde, na orientação da prática de uma qualidade de vida para essas gestantes na atenção primária, com orientações na

alimentação nutricional (alimentação saudável, suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A, na prática de atividades físicas para reduzir os riscos de complicações durante a gravidez e pós-parto.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEC – Faculdades Unidas do Vale do Araguaia. **Elaborando Trabalhos Científicos** - Normas para Apresentação e elaboração/ UNIVAR – Faculdades Unidas do Vale do Araguaia. Barra do Garças (MT): Editora ABEC, 2015.

AMARAL, W. T., & Peraçoli, J. C. (2011). **fatores de risco relacionados à pré-eclâmpsia**. Comunicação em Ciências da Saúde, p.161-168. Disponível em <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.648>.

BORSA, J. C. (2007). Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. **Revista Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade**, p. 310-321. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000200009&lng=pt&nrm=iso.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Ministério da Saúde. Brasília, MS: 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 12, out de 2019.

COZENDEY, Aline Guedes et al. Análise Clínica E Epidemiológica da Doença Hipertensiva Específica Da Gestação. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 10, n. 2, p. 17-20, 2015. Disponível em: <http://www.fmc.br/ojs/index.php/RCFMC/article/view/26>. Acesso em 04 Out, 2019.

DIAS BR, PIOVESANA AMSG, MONTENEGRO MA, GUERREIRO MM. **Desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes filhos de mães que apresentaram hipertensão arterial na gestação**. Arquivo de Neuropsiquiatria, v. 63 , n . (3-A), p. 632-636, (2005).

DOMINGUES, Flávia; PINTO, Flávia Santos; PEREIRA, Valdina Marins. Grupo de gestantes na atenção básica: espaço para construção do conhecimento e experiências na gestação. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 150-154, dez. 2018.

FREIRE, et al. Hipertensão arterial na gestação. **Arquivo brasileiro de cardiologia**, v. 93, n. 6, p. 110-178, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6s1/v93n6s1a17.pdf>. Acesso em: 20 agos. 2014.

Guerreiro, D. D., Borges, W. D., Nunes, H. H. M., Silva, S. C. S. & Maciel, J. P. **Mortalidade materna relacionada à Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) em uma maternidade no Pará**. Rev Enferm UFSM. v. 4 p. 825-834. (2014).

LAURENTI R, JORGE MHPM, GOTLIEB SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. p. 499-60, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2009001300017>.

LOWDERMILK, PERRY, BOBAK. Cuidado em Enfermagem 5ªed São Paulo. **Revista Fatores de Risco para Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação entre Mulheres Hospitalizadas com pré-eclâmpsia**, v.15, p.250-255, abril. 2002.

MALDONADO, M. T. Psicologia da gravidez: **Revista gestando pessoas para**



REI
ISSN 1984-431X

Revista Eletrônica Interdisciplinar
Barra do Garças – MT, Brasil
Ano: 2023 Volume: 15 Número: 2

uma sociedade melhor. São Paulo: Ideias e Letras, ed. 1, p.30-60, 2017.

MELO, et al. A hipertensão gestacional e o risco de pré-eclâmpsia: revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 5, n. 3, p. 07 – 11, 21, set. 2015.

SOUZA, M. G., LOPES, R. G. C. L., ROCHA, M. L. T. L. F., LIPPI, U. G., COSTA, E. S. & SANTOS, C. M. P. (2020). **Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes.** Einstein. p. 18:1-7,(2020). Disponível em: [10.31744/einstein_journal/2020AO4682](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4682)

SOUZA, N. A., QUEIROZ, L. L. C., QUEIROZ, R. C. C. S., RIBEIRO, T. S. F. & FONSECA, M. S. S. **Perfil Epidemiológico das Gestantes Atendidas na Consulta de Pré-natal de uma Unidade Básica de Saúde**, em São Luís- Ma. Rev. Ciênc. Saúde, v. 15, p . 28-38. (2013).

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et al . Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal. **Revista Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0029>

ROMERO, Pacheco et al. Disfunción endotelial em la pré-eclâmpsia. **Tratamiento da pré-eclâmpsia baseado em evidências.** V. 64, n. 1, p. 43-54, 2003. Disponível em http://dev.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832003000100007&lng=en&nrm=iso

YANKOWINTZ , J. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Revista Brasil Ginecologista Obstet.** Eclâmpsia. n.32, p.1-9, set. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000900008>