

O CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (SHEG)

Elen Deise Aparecida Paixão Antônio¹, Taís Vital Pereira²
e Cíntia Valéria Galdino³

RESUMO

Introdução: A Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG) é a complicação mais frequente na gestação e no Brasil, a primeira causa de morte materna, principalmente quando se instalam nas formas graves como a eclampsia. **Objetivo:** Analisar o conhecimento das gestantes sobre Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez, assim como caracterizar a amostra representativa do estudo. **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. Participaram do estudo as gestantes que frequentam o ambulatório de atenção ao pré-natal de um Hospital do interior do estado, sendo realizada uma entrevista semiestruturada com as participantes. Os dados foram analisados mediante a categorização das respostas da entrevista. **Resultado:** De acordo com a análise dos dados foi possível fazer a caracterização das pacientes mediante o perfil de identificação desta gestante; os fatores de risco biológico; e acompanhamento e monitoramento gestacional”. Em relação as categorias de análise do estudo foram identificadas três no desenvolvimento do trabalho: “A percepção da SHEG pela Gestante; “Quando a Gestação mascara sinais e sintomas da SHEG” e “O conhecimento insuficiente da gestante sobre a relação a Pré-eclampsia e eclampsia”. **Conclusão:** Conclui-se com as falas apresentadas que há deficiências no conhecimento da gestante sobre a SHEG, cabendo ao enfermeiro um planejamento satisfatório no cuidado junto a uma equipe inter e multidisciplinar.

Palavras-chave: Enfermagem, saúde da mulher, hipertensão arterial.

¹ Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem do Centro de Ensino Superior de Valença, Valença, RJ, Brasil

² Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem do Centro de Ensino Superior de Valença, Valença, RJ, Brasil

³ Enfermeira. Mestrado Profissional em Epidemiologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro UERJ. Professora do CESVA FAA.

THE KNOWLEDGE OF PREGNANT WOMEN ON SPECIFIC HYPERTENSIVE SYNDROME OF PREGNANCY (SHEG)

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy-specific Hypertensive Syndrome (SHEG) is a more frequent complication in pregnancy and in Brazil, the first cause of maternal death, especially when they are installed in severe forms such as eclampsia. **Objective:** To analyze the knowledge of pregnant women about Hypertensive Specific Syndrome of Pregnancy, as well as to characterize the representative sample of the study. **Materials and Methods:** A descriptive exploratory qualitative study was carried out. Participants in the study were pregnant women attending the prenatal care outpatient clinic of a Hospital in the interior, and a semi-structured interview was conducted with the participants. Data were analyzed by categorizing interview responses. **Results:** According to the data analysis it was possible to characterize the patients by: The identification profile of this pregnant woman, biological risk factors and gestational monitoring and monitoring. Regarding the analysis categories of the study, three were identified in the development of the study: "The perception of SHEG by the Pregnant Woman; "When Gestation masks signs and symptoms of SHEG" and Insufficient knowledge of the pregnant woman about the relation to Pre-eclampsia and eclampsia ". **Conclusion:** It concludes with the statements presented that there are deficiencies in the knowledge of the pregnant woman about SHEG, and the nurse has a satisfactory planning in the care with an inter and multidisciplinary team.

Keywords: Nursing, women's health, hypertension.

INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2012), existem cerca de 13 milhões de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica, que atinge principalmente adultos com mais de 60 anos.

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG) é complicação mais frequente, no Brasil, a primeira causa de morte materna, principalmente quando se instalam nas formas graves como a eclampsia (CAVALLI,2009).

Um dos fatores que têm contribuído para o aumento dos casos de hipertensão é o estilo de vida moderno, que envolve maus hábitos alimentares, sedentarismo obesidade e estresse. Muita gente nem sabe que tem a doença, até que ela provoque lesões nos órgãos vitais como o coração, os rins e o cérebro, causando assim grandes transtornos (BRASIL, 2012).

A presença de ganho rápido de peso, edema facial ou outros sintomas sugestivos da doença requerem uma monitoração mais rigorosa e eficaz da pressão arterial e a detecção de proteinúria. Se a pressão começar a aumentar a gestante deve ser reavaliada dentro de 1 a 3 dias. Assim que se tiver o diagnóstico, a conduta dependerá da gravidade e da idade gestacional (BRASIL, 2012).

Em gestantes, é definida pela presença de pressão arterial maior ou igual a 140x90mmHg e para ser constatada, devem ser realizadas duas aferições com um intervalo de 4 horas, a paciente deve estar sentada, evitando assim a compressão da veia cava pelo útero grávido (COSTA, 2013).

A presença de pressão arterial diastólica de 90mmHg ou mais, em duas aferições com intervalo de quatro horas, ou a presença de pressão arterial diastólica de 110mmHg em uma única medida também caracteriza a hipertensão arterial (SOARES; FLORIANO; ROSSO, 2008).

Existem fatores que fazem com que uma mulher grávida tenha mais riscos que outras de desenvolver SHEG, dentre eles podem ser citados como primeira gestação; gestante com menos de 16 anos (adolescente; gestante com mais de 30 anos; obesidade; raça negra; doenças prévias à gestação (HAS, diabetes, doenças renais ou lúpus) história de familiares com pré-eclampsia ou eclampsia; ter apresentado pré-eclampsia na gestação anterior; gestação gemelar; gestação com parceiros diferentes; gestante com aumento da massa trofoblástica; má adaptação circulatória (CAVALLI, 2009).

A prematuridade constitui ainda em nossos dias uma das complicações mais frequentes da SHEG decorrente de um trabalho de parto espontâneo, em razão ou da contratilidade uterina aumentada ou, comumente, da conduta obstétrica de interrupção da gravidez, quando o quadro clínico se agrava e há comprometimento das condições maternas ou fetais (FERRÃO et al., 2006).

A doença, quando não tratada, evolui naturalmente para as formas graves, entre elas, a pré-eclampsia, eclampsia e a síndrome HELLP (COSTA, 2013).

Para Katz et al. (2008) a HELPP é uma síndrome (conjunto de sinais e sintomas) que ocorre com o agravamento do quadro de pré-eclâmpsia. Ainda de acordo com os autores o significado da sigla HELLP é: H: hemólise (fragmentação das células vermelhas do sangue na circulação); EL: alteração das provas de função

hepática e LP: diminuição do número de plaquetas (células que auxiliam na coagulação) circulantes (KATZ et al., 2008).

A SHEG, conforme afirma Rezende (2005), pode apresentar evolução distinta. Pré-eclâmpsia – quando aparece apenas hipertensão, edema e/ou proteinúria (COSTA, 2013).

Na eclampsia, o edema acentuado pode deformar as feições da mulher até torná-la irreconhecível. Sintomas como oligúria, anúria e proteinúria aparecem, a pressão arterial pode atingir valores acima de 180/110mmhg (CAVALLI, 2009).

Alguns sinais e sintomas da eclampsia são convulsões tônico-clônica que são precedidas por uma aura (sensação subjetiva e passageira que precede a uma crise), essas crises começam com o bater das pálpebras ou por um espasmo dos músculos faciais, os olhos estão bem abertos e fixos, as pupilas estão geralmente dilatadas (REIS et al.,2010).

Até que se tenha diagnóstico diferencial, a convulsão em gestação avançada deve ser considerada como diagnóstico de eclampsia, e os melhores resultados maternos e perinatais são obtidos pela adoção de protocolos padronizados em serviços de nível terciário (CAVALLI, 2009).

Também denominada pré-eclâmpsia, é caracterizada pela tríade: edema, proteinúria e hipertensão arterial, onde deve se dar atenção especial ao ganho de peso da gestante, quando este se apresentar maior do que o esperado (COSTA, 2010).

Para ficar longe da doença, deve-se evitar fumo, cafeína, ansiedade, ganho de peso semanal de 500gr, gorduras, frituras e refrigerante. Deve-se repousar não só durante à noite, mas de dia também, e de preferência deitar do lado esquerdo (CAVALLI, 2009).

Toda gestante deve ser assistida nas consultas de enfermagem obstétrica intercaladas com as consultas médicas, sendo que a postura do enfermeiro deve dar maior atenção aos aspectos preventivos do cuidado, motivando a mulher ao autocuidado e a comunicação de alterações precocemente (SANTOS, 2010).

Os objetivos terapêuticos no tratamento da SHEG são finalizar a gestação com o mínimo de trauma materno-fetal, promover o desenvolvimento normal da criança, restaurar a saúde materna, diminuir a irritabilidade do sistema nervoso central, controlar a pressão sanguínea e promover a diurese (COSTA, 2013).

O tratamento médico específico da SHEG é o uso de ansiolíticos, medicações anti-hipertensivas específicas, as quais são diferentes dos receitados para pacientes hipertensas crônicas. Em alguns casos, a internação se faz necessário (SOARES; FLORIANO; ROSSO, 2008).

O maior cuidado para a gestante não ter uma gravidez de alto risco e com SHEG é ter uma vida saudável antes de engravidar (SANTOS, 2010).

Nosso objeto de estudo é o conhecimento da gestante na Síndrome Hipertensiva específica da gravidez (SHEG), tendo como problema de estudo a seguinte pergunta: “Qual o conhecimento das gestantes sobre Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez?”

Para desenvolver esta problemática apresentamos como questão norteadora o contexto que a SHEG tem na vida destas gestantes.

Esse estudo justifica-se pela importância das gestantes de conhecerem sobre a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG) e proporcionar suporte frente as dúvidas que irão surgir e suas necessidades encontradas.

O presente artigo tem como objetivo analisar o conhecimento da gestante sobre SHEG.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa.

Participaram do estudo as gestantes que frequentavam o ambulatório de atenção ao pré-natal de um Hospital do interior do Sul Fluminense sendo os dados coletados de junho a setembro de 2017.

O ambulatório é composto por 8 salas obstétricas, 1 vestuário e 1 banheiro. Em média são realizadas 45 consultas diárias, divididas em pré-natal de alto risco e pré-natal de baixo risco, com o atendimento de três obstetras, as consultas são realizadas durante toda semana, sendo separados dois dias somente para consulta de alto risco englobando a SHEG.

Como critérios de inclusão foram incluídas no estudo todas as gestantes que estiverem no ambulatório no dia de coleta de dados e excluídas as gestantes com idade inferior a 18 anos.

Como método de coleta de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e utilizado um gravador para a reprodução fiel da fala da gestante.

As pesquisadoras se apresentaram para os grupos de gestantes do AMI (Ambulatório de Medicina Integral) e em seguida abordaram para a coleta de dados sobre a pesquisa. Apresentando para as gestantes o termo de Consentimento livre e esclarecido e após a assinatura do mesmo a entrevista foi conduzida.

Os dados foram analisados mediante a categorização das respostas da entrevista.

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Valença de acordo com a Resolução 446/2012 do Conselho nacional de Saúde, sendo aprovado pelo parecer consubstancial nº2.153.350.

RESULTADOS

Participaram do estudo 30 gestantes sendo para a análise de caracterização, os dados foram observados do ponto de vista de 03 classificações: “1) O perfil de identificação desta gestante (onde foram analisadas as variáveis Faixa etária, escolaridade e estado civil); 2) Os fatores de risco biológicos (onde foram analisadas as variáveis o peso/ presença de edema em membros inferiores e *status* de hipertensão) e 3) Acompanhamento e monitoramento gestacional (onde trabalhamos idade gestacional e número de consultas de pré – natal).

Em relação ao perfil de identificação observamos que 56,6% (17 gestantes) tem idade mínima entre 18 à 28 anos e 43,3% (13 gestantes) tem idade máxima entre 29 a 42anos, sobre escolaridade observamos que 26,6%(8 gestantes) não concluíram ou estão cursando o ensino fundamental, 30% (9 gestantes) estão cursando o ensino médio e 33,3% (10gestantes) já o concluíram o ensino médio e 10% (3 gestantes) concluíram o nível superior. Em relação ao estado civil 40% (12 gestantes) relatam ser “juntadas/amigadas”, 36,6% (11 gestantes) casadas e 23,3% (7 gestantes) são solteiras.

Quanto aos fatores de risco biológicos na avaliação do peso corporal observamos que 16,6% (5 gestantes) tem peso menor que 50kg, 10% (3 gestantes) tem peso entre 50 a 60kg, 36,6% (11 gestantes) tem o peso entre 60 a 70kg, 20% (6 gestantes) tem o peso entre 70 a 80kg, 6,6% (2 gestantes) tem o peso entre 80 a 90kg

e 10% (3 gestantes) tem peso maior que 90kg. Das 30 participantes 33,3%(10gestantes) relataram a presença de edema de membros inferiores na gestação e 10% (3 gestantes) já apresentavam hipertensão.

Sobre o acompanhamento e monitoramento gestacional foi observado que 63,3% (19gestantes) possuem a idade gestacional inferior a 28 semanas, 36,6% (11 gestantes) estão em idade gestacional entre 29 a 37 semanas e 10% (3gestantes) estão acima de 38 semanas quando abordadas sobre em relação as consultas de pré-natal 30%(9 gestantes)realizaram menos que 3 consultas, 36,6%(11 gestantes) realizaram entre 4 a 6 consultas de pré- natal e 33,3% (10 gestantes) realizaram mais de 7 de pré-natal.

De acordo com os dados apresentados podemos caracterizar as gestantes participantes de nosso estudo como: 56,6%(17gestantes) tem idade mínima entre 18 à 28 anos faixa etária predominante,40% (12gestantes)relatam ser "juntadas/amigadas", 33,3%(10gestantes) já o concluíram o ensino médio possuem fatores de risco em relação SHEG 10%(3gestantes)já eram hipertensas, 63,3% (19 gestantes) possuem a idade gestacional inferior a 28 semanas com semanas gestacionais e 36,6%(11 gestantes) realizaram entre 4 a 6 consultas de pré - natal.

De acordo com Botelho (2013), em um estudo realizado em Belém do Pará, quanto menor o nível de escolaridade e a condição de vida desfavorável, maior a dificuldade do acesso à informação e aos cuidados de saúde necessários ao desenvolvimento de uma gravidez saudável.

Guimarães et al. (2014) em seu estudo realizado em Fortaleza mostraram que a baixa escolaridade vem sendo relatada nos estudos como um fator de risco para o desenvolvimento da SHEG, devido ao desconhecimento e a desinformação com os assuntos ligados a sua saúde, favorecendo um déficit do autocuidado.

Em relação à realização de pré-natal e número de consultas, nossa pesquisa difere do encontrado em pesquisas sobre mortalidade materna por pré-eclâmpsia no Sul do Brasil que registrou maior percentual no início do pré-natal entre menores de 13 semanas (51,8%) e com mais de seis consultas (57,1%) (SOARES; FLORIANO; ROSSO, 2008).

Em continuidade na análise dos dados, as gestantes foram caracterizadas e identificadas de acordo com a apresentação das falas pela letra "G" e numeradas de acordo com a ordem das entrevistas. De acordo com as falas das gestantes surgiram

03 categorias: **a) A percepção da SHEG pela Gestante; b) “Quando a Gestação mascara sinais e sintomas da SHEG”; c) O conhecimento insuficiente da gestante sobre a relação a Pré-eclampsia e eclampsia .**

Em relação a primeira categoria “**A percepção da SHEG pela Gestante**”, de acordo com as falas a seguir, observamos que traz o sentimento de preocupação de morte e complicações para ela e o bebê.

Para Moreira (2005) os significados atribuídos pelas gestantes sobre SHEG envolvem o medo da morte (sua e do bebê), as dificuldades sociais e econômicas que permeavam a experiência, assim como o enfrentamento de algumas dificuldades.

O medo foi o sentimento mais comum revelado pelas gestantes hipertensas, sendo que este sentimento, aparece relacionado a situações bem diversas, não tendo o mesmo significado para todas elas.

Oliveira (2008) afirma que a gestação destas mulheres são vivenciada de forma negativa, uma vez que se sentiam ameaçadas pela possibilidade de perder o filho ou de vir a sofrer um parto prematuro, pois a criança teria menor chance de sobreviver, sendo evidenciado em sua pesquisa que estas gestantes temem também pela própria vida.

Bezerra et al. (2005), relatam que o interesse das gestantes pela evolução e aumento da pressão arterial durante a gravidez é bastante antigo, expressando assim mais atenção com os cuidados pressóricos neste período.

Muitas gestantes manifestam preocupações, medo e sofrimento, demonstrando também não aguentarem mais os sintomas da doença, que muitas vezes já existiam antes da gravidez, e preferem ter o filho logo para evitarem tais desconfortos. Abaixo os relatos das participantes.

G1_ “... É perigoso para mim e para o meu filho.”

G2_ “... ele (o bebê), nasce antes da hora.”

G22_ “... tem risco para mim e para o meu bebe...”

G26_ “...parto prematuro.”

Concordamos com os autores, nas suas discussões em relação sobre a caracterização das gestantes de nosso estudo sobre o tema apresentado, sendo apresentados em sua percepção que elas sentem medo, ansiedade e insegurança

associados a SHEG com a morte e a prematuridade do feto, fazendo assim que elas tenham maior adesão ao tratamento.

A Segunda categoria foi criada mediante a análise das falas sobre sintomatologia esporádica (relatada pela gestante), sem correlacionar com a tríade Clássica da SHEG, onde obtivemos a categoria intitulada **“Quando a gestação mascara sinais e sintomas da SHEG”**.

Para Araújo e Pereira, (2007), em relação aos sinais/sintomas, as gestantes identificam o que sentem ou percebem como pressão alta, como um sentimento ruim diante da gravidez.

As experiências de vida das gestantes hipertensas influenciam na forma como as mesmas identificam e reconhecem a hipertensão arterial.

Muitas vezes, as mulheres sentem vergonha em apontar suas queixas, o que faz com que esse sintoma seja confundido com problema orgânico (ARAÚJO e PEREIRA, 2007).

Para Carvalho (2014), as gestantes reconhecem os sinais e sintomas da hipertensão arterial como algo ruim para a gestação diante das alterações normais da gravidez, tomada como a atitude o compromisso na busca do serviço para acompanhamento pré-natal, em relação ao número de consultas e a assistência em resposta a estes sinais e sintomas.

Daí de acordo com nosso estudo o mascaramento de sinais importantes da SHEG como sendo os mesmos relacionados a gestação.

Para Silva et al. (2011), as gestantes conhecem a patologia como sendo uma doença causada pela pressão alta durante a gravidez e que estas informações são repassadas, na sua maioria, de mãe para filha, ou por parentes (SILVA, et al. 2011). Abaixo os relatos das participantes do estudo.

G7_ “...só dor de cabeça.”

G12_ “ ...não muito raro,tem vez que fica.”(PÉS INCHADOS)

G21_ “...quando eu sinto que estou com a pressão meio baixa fica,fica sim” (VISÃO RVA)

G26_ “...sim, quando a pressão ta alta”(VISÃO TURVA)

G26_ “...não, esses dias que a pressão ficou alta eu fiquei com dor na nuca e dor nos olhos”.

Observamos que as gestantes não correlacionam os sintomas da tríade clássica com as complicações da SHEG, elas pensam que os sintomas são

pertinentes da gestação, o que contribui na maioria das vezes para agravos e complicações no quadro.

A terceira categoria do estudo foi intitulada “ O conhecimento insuficiente da gestante sobre a relação Pré-eclâmpsia e Eclampsia”, onde de acordo com Costa et al.(, 2010), o déficit quanto a compreensão das gestantes no processo saúde-doença é observado no sentido de deficiência de conhecimento, desinteresse e falta de motivação para os aspectos ligados a hipertensão arterial, podendo estar associado a diferentes significados.

Para Nurdan, Mattar e Camano (2003), as causas do surgimento da pré-eclâmpsia ainda permanecem desconhecidas, mas sabe-se que ela é potencialmente perigosa para mãe e filho, com prevalência de 5,0 a 10,0 % das gestações.

A percepção da gravidade da pré-eclâmpsia somada a pouca informação e apoio recebidos durante o pré-natal e internamento hospitalar agravaram ainda mais este medo e dificultaram a compreensão mais ampla das dimensões biológicas, sociais e emocionais da enfermidade (SOARES, FLORIANO e ROSSO, 2008)

Tais discussões são evidenciadas nas falas das participantes do estudo, descritas abaixo:

G1_ “Eclampsia é quando a pressão aumenta na hora do parto”

G15_ “...eu já ouvi fala, mas com detalhe não, eu acho que quando a pressão tá alta é perigoso, aí tira antes pra não acontece nada com bebe ou com a mãe”.

G2_ “...é quando a pressão se encontra?”

G21_ “... é pressão alta, não é? Que faz ter o bebe mais rápido, um negócio assim.”

G30_ “...sei..é quando a pressão sobe demais, aí dá pré-eclampsia.”

Podemos observar com o presente estudo que o conhecimento das gestantes sobre os agravos da SHEG ainda é insuficiente, muitas delas sabem relacionar com a pressão alta, mais não tem conhecimento sobre os seus agravos durante e após o parto.

De acordo com as discussões observarmos também que essa fragilidade de conhecimento torna o tratamento mais lento, ineficaz e prejudicado, ao passo que quando a SHEG é detectada precocemente o tratamento se torna mais e satisfatório.

CONCLUSÃO

De acordo com o desenvolvimento do estudo conclui-se com as falas apresentadas que há deficiências no conhecimento da gestante sobre a SHEG, onde elas expressam muitas dúvidas, medos e ansiedades, poucas instruções e esclarecimentos sobre o assunto que é de extrema importância para o desenvolvimento de práticas de atenção de qualidade no pré – natal.

Durante a realização do estudo foi observado que a pesquisa possibilitou que estas mulheres tivessem um momento para expressarem seus sentimentos, preocupações e expectativa, isto permitiu percebê-las em sua integralidade e assim alcançar os objetivos propostos.

A falta de informação é consequência da assistência que é oferecida, orientada para a doença e para a terapêutica da sintomatologia, desconsiderando causas emocionais, socioeconômicas e, principalmente, os significados culturais relacionados à condição de ser portadora de uma patologia específica da gravidez.

Este contexto os resultados mostram que a experiência vivida por estas gestantes é marcada por sentimentos negativos, com destaque para o medo relacionado à morte materna e do bebê, sendo que os problemas encontrados, muitas vezes, são marcados pelas condições socioeconômicas, o que contribui para dificultar o seu autocuidado, gerando estresse e expondo-as, cada vez mais, às possibilidades de complicações físicas e mesmo ao risco de morrer.

Acreditamos que um planejamento satisfatório no cuidado pelo enfermeiro (e a equipe inter e multidisciplinar) as gestantes, possibilite uma assistência satisfatória e eficaz, na correção das falhas e ampliação do conhecimento de todas as gestantes sobre a SHEG, proporcionando assim a atenção satisfatória a saúde desta mulher e contribuindo para a diminuição dos índices de mortes maternas causadas pela SHEG.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, D. M. R.; PEREIRA, N. L.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 747-756, abr. 2007.

BEZERRA, E. H. M. et al. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 27, n. 9, p. 548-553, 2005.

BOTELHO, N. M. et al. Morte materna no estado do Pará: Aspectos Epidemiológicos. **Rev Par Medicina**. v. 27, n. 1, p. 11-19, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes 2010/2012**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Último acesso em 11/05/2017.

CARVALHO, A. C. et al. Vivenciando a gestação com hipertensão arterial no pré-natal. **R. Interd**. v. 7, n. 3, p. 99-111, 2014.

CAVALI, R. C. et al. **Predição de pré-eclâmpsia. Ver Bras Ginecol Obstet**. v. 31, n. 1, p. 1-4, 2009.

COSTA, E.S. et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante uma gestação. **Rev. Rene**. 2010. Disponível em: www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/4531/3414. Acesso em 20/04/2017

COSTA, S.C.C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 15, n. 2, p. 516-22, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>.

FERRÃO, M. H. L. et al. Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. **Rev. Assoc Med.Bras**. v. 52, n. 6, 2006.

GUIMARÃES, J. P. et al. A prevalência de gestantes portadoras de SHEG que evoluíram para síndrome HELLP em uma maternidade pública. **REBES**. Paraíba; v. 4, n. 1, p. 1-17, 2014.

KATZ, L. et al. Perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com síndrome HELLP admitidas em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 30, n. 2, p. 80-6, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n2/06.pdf>. Último acesso em 22/11/2008.

MOREIRA, R. C. R. **Compreendendo a mulher com doença hipertensiva específica da gestação: uma abordagem fenomenológica** [dissertação]. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 2005.

NURDAN, N. MATTAR, R. CAMANO, I. Óbito Fetal em Microrregião de Minas Gerais: Causas e Fatores Associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 25, n. 2, p. 103-107, 2003.

OLIVEIRA, V. J. **Vivenciando a gravidez de alto-risco: entre a luz e a escuridão** [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.

REIS, Z. S. N. et al. Pré-eclâmpsia precoce e tardia: uma classificação mais adequada para o prognóstico materno e perinatal? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 32, n. 12, p. 584-590, 2010.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

SANTOS, A. L. M. C. **Prevalência de Síndrome Hipertensiva e Complicações Neonatais**. 2010

SILVA, E. F. et al. Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 2, p. 316-322, 2011.

SOARES, H. de S.; FLORIANO, N. A. R.; ROSSO, L. **A enfermagem e os cuidados na pré-eclâmpsia**. Curitiba, 2008