

HIPERTENSÃO GESTACIONAL: IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL

Joelma Cesar Silva¹

1- Pós Graduada em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Adventista de São Paulo.

RESUMO: INTRODUÇÃO: As síndromes hipertensivas gestacionais são muito comuns em nosso país, porém ainda são uma das principais causas de morte materna. Por esta razão o acompanhamento no pré-natal é uma das principais formas de se acompanhar, triar e tratar as síndromes hipertensivas gestacionais, para se evitar danos maiores a saúde materna e fetal. **DESENVOLVIMENTO:** As síndromes hipertensivas gestacionais (SHG), são caracterizadas por níveis pressóricos iguais ou acima de 140 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para pressão diastólica, sendo esta identificada na fase V de Korotkoff. São classificadas como: hipertensão arterial crônica, hipertensão crônica superajuntada à pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia. As pacientes acometidas com hipertensão gestacional podem evoluir, em casos mais graves. Apesar da alta cobertura da assistência pré-natal, a mortalidade materna decorrente da hipertensão gestacional continua elevada, podendo se presumir que um dos problemas é a qualidade do atendimento pré-natal. **OBJETIVO:** Verificar e levantar na literatura dados específicos como: o desenvolvimento da hipertensão gestacional e a aplicação e importância do pré-natal no acompanhamento da mesma. **METODOLOGIA:** Este trabalho consiste em uma pesquisa bibliográfica, realizado através de uma revisão sistemática da literatura, descrevendo assim este estudo como uma pesquisa exploratória- descritiva, pois os dados coletados são utilizados na íntegra. A pesquisa foi realizada nas bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), através da busca no Bireme. Sendo utilizados como critérios: artigos científicos originais, publicados em português e Inglês, no período de 2000 a 2015, sendo considerados apenas uma vez os estudos repetidos. **CONCLUSÃO:** Enfim conhecer, prevenir, e orientar quanto a importância do acompanhamento pré-natal na hipertensão gestacional é de essencial importância quando falamos de e suas complicações

Palavras-chave: hipertensão gestacional, gestação de alto risco, pré-natal

1-INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas gestacionais são muito comuns em nosso país, porém ainda são uma das principais causas de morte materna. Por esta razão o acompanhamento no pré-natal é uma das principais formas de se acompanhar, triar e tratar as síndromes hipertensivas gestacionais, para se evitar danos maiores a saúde materna e fetal. (Ministério da Saúde, 2010). Para Vettore et al, (2011), a hipertensão gestacional é uma das complicações mais comuns e de maior morbimortalidade materna e perinatal ocupando o primeiro lugar dentre as afecções próprias do ciclo grávido-puerperal.

As síndromes hipertensivas gestacionais (SHG), são caracterizadas por níveis pressóricos iguais ou acima de 140 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para pressão diastólica, sendo esta identificada na fase V de Korotkoff. São classificadas como: hipertensão arterial crônica, hipertensão crônica superajuntada à pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia. (Assis et al, 2008). Existem diversos fatores que aumentam o risco de desenvolver as síndromes hipertensivas gestacional, tais como: diabetes, doença renal, obesidade,

gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 30 anos, antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica e raça negra. (Assis et al, 2008)

A hipertensão gestacional, também pode ser denominada pré-eclâmpsia, é caracterizada pela tríade: edema, proteinúria e hipertensão arterial. É uma síndrome que acontece no final do 2º trimestre da gestação e persiste durante todo o período gestacional, impondo, desta forma, assistência pré-natal de qualidade, já que este quadro clínico apresenta gravidade, de intensidade variável. Exigindo assim um maior acompanhamento desta gestante. (Cunha et al, 2001)

Buchbinder, (2002) salienta que desde a implantação do óvulo, a doença caracteriza-se, clinicamente, por aumento dos níveis da pressão arterial após a 20 semana de gestação, associado (pré-eclâmpsia) ou não (hipertensão gestacional) à proteinúria. Nessa fase a doença é assintomática, dependendo seu diagnóstico unicamente do exame físico e de dados laboratoriais da gestante. A evolução natural da doença, quando não tratada ou não se interrompe a gestação, é o desenvolvimento para as formas

graves, entre elas, a eclâmpsia e a síndrome HELLP.

O Ministério da Saúde, (2010), em seu guia de gestação de alto risco afirma: que na gestação, o critério do aumento da pressão arterial é fundamental, pois são frequentes os casos de gestantes cujos níveis tensionais pré-gravídicos são normalmente baixos, (80/50mmHg) e durante a gestação apresentam o aumento dos níveis tensionais para 115/70mmHg, após a 20ª semana, tal incremento deve ser considerado como um sinal da doença. Ou seja, se a partir da 20ª semana a gestante apresentar um acréscimo de 30mmHg na pressão sistólica e/ou 15mmHg na diastólica, considera-se que esta mulher possui hipertensão gestacional. O Grupo Americano de Trabalho sobre Hipertensão na Gestação (NIH) relata que a prevalência da doença hipertensiva na gravidez está em torno de 6 a 8% e que esta patologia representa a segunda causa de mortalidade materna nos EUA. Ainda afirmam que a maioria dos casos de hipertensão gestacional/ pré-eclâmpsia leve se desenvolve próximo ao termo e apresenta taxas de mortalidade e morbidade perinatais similares às de pacientes normotensas. (NIH Publication, 2000)

Os fatores de risco para as gestantes acometidas por hipertensão gestacional: deslocamento prematuro de placenta (DPP), coagulação intravascular disseminada, hemorragia cerebral, falência hepática e renal. Entre as complicações fetais está a redução do suprimento de oxigênio e nutrientes, o baixo peso ao nascer e o maior risco de desenvolver doenças pulmonares agudas e crônicas. Como alterações tardias, crianças pequenas para a idade gestacional, frequentemente associada ao diagnóstico de hipertensão gestacional, podem apresentar maiores níveis de pressão arterial e dislipidemia precocemente na fase adulta. (Peraçoli et al,2005). As pacientes acometidas com hipertensão gestacional podem evoluir, em casos mais graves, para episódios de eclâmpsia, edema agudo de pulmão, síndrome HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes e Low Platelet), AVC (acidente vascular cerebral) e oligúria (com possível evolução para insuficiência renal). Por esse motivo, a pré-eclâmpsia é uma das causas mais importantes de internação em unidades de terapia intensiva obstétrica. (Ministério da Saúde, 2010)

Quanto ao tratamento, o Ministério da Saúde (2010), orienta que

se deve iniciar de imediato para impedir que a doença evolua para as fases seguintes e mais severas. O princípio do tratamento consiste na redução da pressão sanguínea materna e aumento do fluxo sanguíneo placentário. O repouso em decúbito lateral esquerdo, a hidralazina e a metildopa são as medidas usadas comumente durante a gestação, promovendo o relaxamento do músculo liso das arteríolas periféricas e a redução da resistência vascular. O sulfato de magnésio pode ser utilizado durante o trabalho de parto, parto e puerpério, devendo ser mantido por 24 horas após o parto se iniciado antes do mesmo.

Apesar da alta cobertura da assistência pré-natal, a mortalidade materna decorrente da hipertensão gestacional continua elevada, podendo se presumir que um dos problemas é a qualidade do atendimento pré-natal. Mesmo com os projetos e acompanhamentos tanto do Ministério da Saúde quanto de obstetras particulares ainda se faz necessário uma conscientização da gestante quanto a importância do acompanhamento pré-natal de forma adequada e integral. Dentre todos os dados apresentados, tem se como objetivo levantar a importância do acompanhamento pré-natal nas

gestantes, para assim triar, acompanhar e tratar precocemente os quadros de hipertensão gestacional.

2-MÉTODO

Este trabalho consiste em uma pesquisa bibliográfica sobre a Hipertensão Gestacional e sua prevenção e importância do acompanhamento no pré-natal, realizado através de uma revisão sistemática da literatura, descrevendo assim este estudo como uma pesquisa exploratória- descritiva, pois os dados coletados são utilizados na íntegra. A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: *Base de Dados de Enfermagem* (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e *Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), através da busca no Bireme.

Sendo levantados artigos científicos, nas bases de dados mencionadas acima, através dos seguintes descritores: hipertensão gestacional, gestação alto risco e pré-natal. Os artigos selecionados foram analisados por meio da leitura exaustiva dos títulos que apresentaram a adesão ao tema. Sendo utilizado como critérios: artigos científicos originais, publicados em português e Inglês, no período de 2000 a 2015,

sendo considerados apenas uma vez os estudos repetidos.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1. Etiologia da Hipertensão Gestacional

A hipertensão é a complicação clínica mais comum da gestação, ocorrendo em 10 a 22% das gestações. (Lang et al, 2003)

Oliveira et al (2006), refere que a hipertensão gestacional está associada a um aumento significativo de complicações perinatais. Entre os tipos de hipertensão presentes na gravidez, merecem destaque a pré-eclâmpsia, que ocorre como forma isolada ou associada à hipertensão arterial crônica, e a hipertensão gestacional.

A hipertensão gestacional está presente desde a implantação do ovo, a doença caracteriza-se, clinicamente, por aumento dos níveis da pressão arterial após a 20ª semana de gestação, associado (pré-eclâmpsia) ou não (hipertensão gestacional) à proteinúria. Nessa fase a doença é assintomática, dependendo seu diagnóstico unicamente do exame físico e de dados laboratoriais da gestante. A evolução natural da doença, quando não tratada ou não se interrompe a gestação, é o

desenvolvimento para as formas graves, entre elas, a eclâmpsia e a síndrome HELLP. (Macgillivraya et al, 2004). A hipertensão gestacional, também pode ser denominada pré-eclâmpsia, é caracterizada pela tríade: edema, proteinúria e hipertensão arterial. É uma síndrome que acontece no final do 2º trimestre da gestação e persiste durante todo o período gestacional, impondo, desta forma, assistência pré-natal de qualidade, já que este quadro clínico apresenta gravidade de intensidade variáveis. (Silva EF, Cordova FP, Chamovich JLR, Záchia AS, 2011)

Vários autores afirmam que durante a gestação, o critério do aumento da pressão arterial é fundamental, pois são frequentes casos de gestantes cujos níveis tensionais pré gravídicos são normalmente baixos, (80/50mmHg) e durante a gestação apresentam o aumento dos níveis tensionais para 115/70mmHg, após a 20ª semana, tal incremento deve ser considerado como um sinal da doença. Ou seja, se a partir da 20ª semana a gestante apresentar um acréscimo de 30mmHg na pressão sistólica e/ou 15mmHg na diastólica, considera-se que esta mulher possui a hipertensão gestacional. (Oliveira CA, et al, 2006)

Outros autores salientam que o edema, um dos sinais da tríade da hipertensão gestacional, é considerado o primeiro sinal de pré-eclâmpsia quando associado a proteinúria e hipertensão arterial. A proteinúria ocorre quando há uma excreção superior a 300mg/litro em 24 horas, ou pela presença de 1g ou mais por litro em uma amostra de urina de 6 horas. (Silva EF, Cordova FP, Chamovich JLR, Záchia AS, 2011)

Eclâmpsia é definida pela manifestação de uma ou mais crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas e/ou coma, em gestante com hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, na ausência de doenças neurológicas. (Sibiai BM, Dekker G, Kupferminck M, 2005)

A eclâmpsia pode ocorrer durante a gestação, na evolução do trabalho de parto e no puerpério imediato. Quase não se manifesta antes da 20ª semana de gestação, e quando acontece deve ser afastado o diagnóstico de mola hidatiforme ou de síndrome dos anticorpos antifosfolípidos. (Peraçoli JC, Parpinelli MA, 2005). Peraçoli ao descrever a eclâmpsia, afirma que: *“A eclâmpsia é comumente precedida pelos sinais e sintomas de eclâmpsia iminente, isto é, distúrbios do sistema nervoso central (cefaleia frontal/occipital, torpor,*

obnubilação e alterações do comportamento), visuais (escotomas, fosfenas, visão embaçada e até amaurose) e gástricos (náuseas, vômitos e dor no hipocôndrio direito ou no epigástrico). A causa exata das convulsões não é conhecida. Entre as teorias propostas estão o vaso espasmo cerebral com isquemia local, a encefalopatia hipertensiva com hiperperfusão, o edema vasogênico e a lesão endotelial. Em gestante hipertensa, a ocorrência de crise convulsiva deve sempre ter como diagnóstico inicial a eclâmpsia.” (Peraçoli JC, Parpinelli MA, 2005)

A síndrome HELLP é uma doença que se manifesta durante a gravidez ou no puerpério imediato. Tal doença foi descrita pela primeira vez por Pritchard; Weissman (1954) “[...] como complicação grave da pré-eclâmpsia”, mas foi Weinstein em 1982 quem criou o acrônimo HELLP, utilizado para descrever a condição em que uma paciente com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia cursa com hemólise (hemolysis), aumento das enzimas hepáticas (elevated liver enzymes) e plaquetopenia (low platelets). (Angonesi J, Polato A, 2007)

De fato, a etiologia da síndrome HELLP está diretamente relacionada com a pré-eclâmpsia. Montenegro e

Rezende (2006) afirmam que: "Como forma de pré-eclâmpsia grave, ela tem origem no desenvolvimento placentário defeituoso, estresse oxidativo e lesão endotelial, especialmente nos vasos hepáticos". Isso mostra a ligação histopatológica com as outras síndromes hipertensivas, em virtude de possuírem a mesma origem. Por sua vez, o mecanismo fisiopatológico da síndrome HELLP ainda causa conflito entre os pesquisadores.

Os critérios de classificação para síndrome HELLP foram criados ao longo do tempo, com o objetivo de identificar a gravidade da doença de forma mais precoce possível tentando evitar que a mesma se instale na paciente. Pode ser classificada em dois tipos: completa, quando apresenta todos os critérios diagnósticos laboratoriais como: plaquetopenia, hiperbilirrubinemia, aumento das enzimas hepáticas e esfregaço anormal do sangue periférico; e, incompleta ou parcial, quando apresenta um ou mais dos critérios diagnósticos, porém não todas as alterações laboratoriais. (Montenegro; Rezende, 2006)

Bezerra et al ,2005, classifica a HELLP, de acordo com a gravidade dos sintomas, que se divide em: laboratorial, apenas por diagnóstico laboratorial, sem qualquer

manifestação clínica; e, clínica, quando apresentar somente sinais e sintomas.

A HELLP, foi categorizada também através do número de plaquetas, pois a plaquetopenia é um dos seus achados mais graves. Vários outros autores analisaram e categorizam a síndrome em classes, considerando:

- Classe I ou grave, o nível de plaquetas = 50.000/ mm³;

- Classe II ou moderada, a plaquetopenia entre 50.000 e 100.000/ mm³ e;

- Classe III ou leve, a plaquetopenia > 100.000 e < 150.000/ mm³. Quando o número de plaquetas for inferior a 50.000/ mm³, indica o início de um processo de coagulação intravascular e consequentemente risco para hemorragia, em virtude de estar com nível muito abaixo da normalidade. (Ministério da Saúde, 2010)

Além desse fator, o perfil de risco para o desenvolvimento da síndrome HELLP pode ser influenciado pela idade, raça, paridade e duração da pré-eclâmpsia ou presença de eclâmpsia. Normalmente, as gestantes são brancas e multíparas, com história prévia de mau controle gestacional, gestação gemelar e idade acima de 25 anos. (Angonesi J, Polato A, 2007)

A princípio, deve-se avaliar a situação global da gestante, confirmar o diagnóstico laboratorial, fazer o diagnóstico diferencial, estabilizar as condições vitais, particularmente as anormalidades do sistema de coagulação, além de combater a hipertensão arterial e realizar a profilaxia. Além disso, é fundamental realizar a triagem laboratorial básica para as gestantes com suspeita de síndrome HELLP. (Lima EMA, Paiva LF, Amorim RKFCC, 2010). Em linhas gerais os exames são: hemograma completo com plaquetas, proteinúria, creatinina sérica, desidrogenase láctica (DHL), ácido úrico, bilirrubinas e transaminases, (Ferrão et al, 2006). De igual forma, durante o pré-natal é importante à realização desses exames como forma de rastreamento e prevenção. De acordo com Bezerra et al, (2005), "[...] quanto melhor a assistência pré-natal prestada, menores os índices de complicações obstétricas".

3.2 A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL

Atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença,

que compreenda a pessoa em sua totalidade. (Ministério da Saúde, 2016)

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe. (Ministério da Saúde, 2006)

O Grupo de Investigações de Estudo de Controle Pré-natal da OMS ressalta que promover a saúde materna contempla: o número ideal e qualidade das consultas de pré-natal, o estabelecimento de programa de imunização materna e a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças intercorrentes da gestação. Também considera ideal a realização de quatro consultas no pré-natal e uma no período pós-parto. Na primeira visita, recomendada até a 16ª semana de gestação, deverá ser avaliado o risco obstétrico. (Villar J, Bergsjö P, 2003)

O Brasil desenvolveu várias estratégias, para melhorar o atendimento ao pré-natal e puerpério, como: cartilhas, manual de gestação de

alto risco, manual de atenção ao pré-natal, programas nacionais como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN/2000; Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000) do Ministério da Saúde (MS) foi instituído com o objetivo declarado de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido. Quanto à assistência à gestação, o PHPN/2000 determina os parâmetros de acesso e frequência do atendimento e a solicitação de exames complementares básicos. No entanto, o Programa não menciona as atividades clínico-obstétricas de execução obrigatória numa consulta pré-natal, permitindo apenas uma análise parcial do processo da assistência à gestação. (Ministério da Saúde, 2016)

Vários autores em seus artigos, descrevem a crescente evolução do Brasil com relação a preocupação e desenvolvimento da assistência de um pré-natal de qualidade e de grande abrangência, porém mesmo perante os esforços nota-se que existem ainda muitas gestantes que são desamparadas devido ao grande número populacional e sobrecarga do

sistema de Saúde. (Coutinho et al, 2003; Calderon et al, 2006)

Segundo o Ministério da Saúde (2006) o *“...principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco...”*.

Dentre as várias patologias que a assistência ao pré-natal abrange, podemos citar a hipertensão gestacional. Como já citado anteriormente neste estudo, é uma das causas de complicações maternas-fetais mais comuns, podendo em sua forma mais grave levar ao óbito. Sabe-se que existe todo um sistema de atendimento ao pré-natal e puerpério (Manual técnico do Pré-natal e Puerpério, 2006), com vários requisitos

que devem ser seguidos durante o pré-natal e puerpério. Porém ainda é necessário um trabalho educativo para que aja adesão completa da população e melhoras das ofertas do serviço de saúde. É importante realizar um trabalho educativo com as gestantes, para que as mesmas entendam a importância de seguir corretamente o pré-natal para que possam ser acompanhadas de forma correta e atenta.

A assistência pré-natal adequada possibilitaria determinar o risco gestacional, facilitando a identificação e o encaminhamento daquelas que necessitam de atenção terciária. O prognóstico da gestação depende da precocidade em que é realizado o diagnóstico. Para isso, deve-se pesquisar de maneira sistemática em mulheres com pré-eclâmpsia, eclâmpsia e/ou com dor no quadrante superior direito do abdome.

É inegável que para os profissionais que trabalham com saúde materna deve-se estar atento a história clínica e ao comportamento das alterações laboratoriais da gestante, no intuito de realizar uma abordagem terapêutica precoce, pois nem sempre vem acompanhada da elevação da pressão arterial. Por tais razões é imprescindível implementar no

tratamento um cuidado mais especializado, com propósito de individualizar a assistência, visando à prevenção, à promoção e a recuperação da saúde, através de estratégias e protocolos específicos no ciclo gravídico-puerperal, no intuito de minimizar as complicações e consequências fatais.

4 CONCLUSÃO

O conhecimento da fisiopatologia da hipertensão gestacional, o diagnóstico precoce e a atuação precisa, no momento adequado nas situações complicadas pela eclâmpsia e/ou síndrome HELLP permitem melhorar o prognóstico materno e perinatal e, principalmente, reduzir as altas taxas de mortalidade materna, decorrentes das síndromes hipertensivas.

Enfim somente conhecer a patologia não é o suficiente, é necessário estratégias para promover, acompanhar e prevenir, neste sentido o sistema de pré-natal implantado pelo Ministério da Saúde tem um papel importante. Pois consegui aumentar sua abrangência e melhorar em muito a assistência as mulheres e gestantes, porém devido as barreiras econômicas e por falha do próprio sistema, que não consegue atender a todos, ainda tem-se muito o que fazer para se oferecer

um pré-natal de qualidade que atinja a todas as gestantes sem exceção; para assim melhorar as ações educativas e preventivas nos casos de hipertensão gestacional e suas complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGONESI J, POLATO A. Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), incidência à evolução para a Síndrome de HELLP. RBAC, vol. 39(4): 243-245, 2007

ASSIS et al. Fatores de risco para hipertensão na gravidez. Arq. Brasileira de Cardiologia. São Paulo, 2008;91(1):11-1

BEZERRA, E. H. M., ALENCAR JUNIOR, C. A., FEITOSA, R. F. G. et al. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., set. 2005, vol.27, no.9, p.548-553. ISSN 0100-7203

BUCHBINDER A, SIBAI BM, CARITIS S, MacPherson C, Hauth J, Lindheimer MD, Klebanoff M, VanDorsten P, Landon M, Paul R, Miodovnik M, Meis P, Thurnau G. Adverse perinatal outcome are significantly higher in severe gestational hypertension than in mild preeclampsia. Am J Obstet Gynecol 2002; 186: 66-71

Coutinho et al, Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG 2003 RBGO - v. 25, nº 10, 2003

CUNHA SP, COSTA FS, DUARTE G. Doença Hipertensiva Específica da Gravidez. In: Guariento A, Mamed JAV.

Medicina materno-infantil. São Paulo (SP): Atheneu; 2011. p. 713-20

FERRÃO MHL ET AL. Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. Rev Assoc Med Bras 2006; 52(6): 390-4

LANG U, BAKER RS, BRAEMS G, ZYGMUNT M, KUNZEL W, CLARK KE. Uterine blood flow a determinant of fetal growth. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003;110:55-61. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/8466> acessado em 02/05/2016

LIMA EMA, PAIVA LF, AMORIM RK FCC. O enfermeiro e a Doença Hipertensiva Específica da Gestação J Health Sci Inst. 2010; 28(2): 151-3

MACGILLIVRAYA I, MCCAUB-BINNSB A, ASHLEYC D, FEDRICKA A, GOLDING J. Strategies to prevent eclampsia in a developing country: II: use of a maternal pictorial card. Int J Gynaecol Obstet. 2004;87(3):295-300.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Manual, 2016 – Gestação de alto risco, Ministério da Saúde, Brasil. Acessado em 02/05/2016
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual técnico, gestação de alto risco, 5ª edição, Brasília 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual técnico de Pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada. Brasília, 2006.

MONTENEGRO, REZENDE. Obstetrícia Fundamental. 10 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006

National High Blood Pressure Education Program. Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. Bethesda, MD, National Institutes of Health, 2000. (NIH Publication, n. 00-3029)

OLIVEIRA CA ET AL. Hipertensão na gestação e repercussões perinatais Rev. Bras. Saúde Materna. Infant., Recife, 6 (1): 93-98, jan. / mar., 2006

PERAÇOLI, JC; PARPINELLI. MMA. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, v. 27, n. 10, p. 627-634, 2005. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/12320>>.

_____. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia. 2005; 27(10): 627-34 apoud IN: OLIVEIRA 8MJV, PERSINOTTO MOA. Revisão de literatura em enfermagem sobre hipertensão arterial na gravidez. Revista Escola de Enfermagem USP (SP) 2001; 35(3): 214-22.

SIBIAI BM, DEKKER G, KUPFERMINCK M. Pré-eclâmpsia. Lancet. 2005;365(9461):785-99

SILVA EF, CORDOVA FP, CHACHAMOVICH JLR, ZÁCHIA SA. Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2011. acessado em 02/05/2015, <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a15v32n2.pdf>

VILLAR J, BERGSJO P. Ensaio clínico aleatorio de controle prenatal da OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal [homepage da Internet]. Genebra:

Grupo de Investigación del Estudio de Control Prenatal de la OMS; 2003 [citado 2006 Maio 12]. Available from: <http://who.int/reproductive-health/rhl>.

VETTORE MV. Et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(5):1021-1034, maio, 2011