

ÓBITOS MATERNOS POR SÍNDROMES HIPERTENSIVAS INDUZIDAS PELA GRAVIDEZ NO ESTADO DE ALAGOAS NO PERÍODO DE 2008-2013

Jane Cristina da Silva Soares¹

Andressa Lima Cavalcante²

Laise Gabrielly Matias de Lima Santos³

Alba Maria Bomfim de França⁴

Antonio Fernando Silva Xavier Júnior⁵

Enfermagem



ISSN IMPRESSO 2317-1685

ISSN ELETRÔNICO 2316-6738

RESUMO

O presente estudo objetiva avaliar a situação de mortalidade materna por doenças hipertensivas no estado de Alagoas. Trata-se de uma pesquisa transversal retrospectiva com abordagem descritiva e quantitativa. Foi realizada uma revisão literária para estabelecer o embasamento teórico e coletados os dados quantitativos na Secretaria Estadual de Saúde e através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) disponível para acesso no site de Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde. Levando em consideração que as doenças hipertensivas gestacionais podem ser prevenidas seja em âmbito primário, secundário ou terciário, principalmente por meio do pré-natal, expõe-se a necessidade de estudar seu impacto na mortalidade materna no estado de Alagoas, visando fortalecer e melhor embasar as políticas públicas referentes ao ciclo gravídico- puerperal.

PALAVRAS-CHAVE

Hipertensão Induzida pela Gravidez. Mortalidade Materna., Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT:

This study aims to assess the situation of maternal mortality from hypertensive diseases in the state of Alagoas. This is a retrospective cross-sectional study with descriptive and quantitative approach. A literary review was conducted to establish the theoretical and quantitative data collected in the Department of Health and through the Mortality Information System (SIM) available for access on the website of Department of the Unified Health System (DATASUS) of the Ministry Health. Assuming gestational hypertensive diseases can be prevented or in primary, secondary or tertiary level, mainly through the prenatal, exposes the need to study its impact on maternal mortality in the state of Alagoas, in order to strengthen and better to base public policies related to pregnancy and childbirth.

KEYWORDS

Pregnancy-Induced Hypertension. Maternal Mortality. Obstetrical Nursing.

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno em que há diversas adaptações biopsicossociais da mulher para possibilitar o acolhimento do feto. Neste período ocorrem mudanças fisiológicas no organismo materno que podem ser agravadas, por circunstâncias internas ou externas, tornando a situação vivenciada complexa e repercutindo tanto no bem-estar da gestante como nas condições vitais de seu conceito (BARROS, 2009).

A mortalidade materna é um eficaz indicador para avaliar a situação de saúde de gestantes bem como a efetividade das políticas públicas vigentes voltadas para esta população no país. A comparação da taxa de mortalidade materna entre os diversos países permite expor a discrepância de acordo com o grau de desenvolvimento destes, onde aproximadamente 99% de óbitos maternos ocorrem nos países em desenvolvimento (BARROS, 2009; MORSE ET AL., 2011; REZENDE; MONTENEGRO, 2013).

As mortes maternas podem ser classificadas como obstétricas diretas ou indiretas. As mortes diretas resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de até 42 dias após o parto), decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. As mortes indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como problemas circulatórios e respiratórios. (BRASIL, 2012, p. 19).

Estudos baseados em dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que o Brasil teve posição inferior à meta do milênio, mas nos últimos anos houve redução de 52% nos óbitos maternos com velocidade anual de queda de 4%, assim essa diminuição encontra-se em ritmo abaixo do ideal. Além de esses dados serem motivo de preocupação para as autoridades competentes, existe uma quantidade considerável de subnotificações que provocam o comprometimento da análise das informações (MORSE ET AL., 2011; FERRAZ; BODIGNON, 2012).

Publicações recentes têm mostrado que a morte de mulheres em idade fértil está relacionada a fatores associados ao âmbito socioeconômico assim como às condições ambientais, idade materna, frequência de gestações gemelares, estrutura física, raça, hereditariedade, diabetes mellitus e hipertensão arterial. Já os fatores extrínsecos ou obstétricos englobam a paridade, a presença de mola hidatiforme, gravidez múltipla, polidrâmnio e isomunização Rh (CARDOSO; FAÚNDES, 2006).

Segundo Neme (2005), dentre todas as patologias que se manifestam ou se agravam no decorrer da gestação, a doença hipertensiva é a mais frequente, afetando a grande parte da população, com cerca de 30% do total das mortes maternas, ao lado dos quadros hemorrágicos e infecciosos.

As Doenças Hipertensivas da Gestação se caracterizam como as principais causas de alterações clínicas durante o ciclo gravídico-puerperal. Estas afecções são classificadas como hipertensão crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, pré-eclâmpsia superposta à hipertensão, eclâmpsia e síndrome HELLP (BEZERRA ET AL., 2005; SOUZA, RODRIGUES; DUARTE, 2013).

A hipertensão arterial é definida como condição clínica em que a pressão arterial sistólica encontra-se em níveis ≥ 140 mmHg e/ou a pressão diastólica com valores ≥ 90 mmHg, em duas medidas realizadas devidamente com intervalo mínimo de quatro horas. Sua etiologia na gestação permanece desconhecida, entretanto admite-se que existe uma combinação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais (FEBRASGO, 2011; BRASIL, 2012).

A hipertensão arterial complica cerca de 7 a 10% de todas as gestações, incidência que pode variar com a população estudada e os critérios utilizados para diagnóstico. É a complicação médica mais comum da gravidez e a principal causa de morbimortalidades materna e perinatal. (FEBRASGO, 2011, p. 21).

As complicações decorrentes da hipertensão arterial induzida pela gestação variam entre prematuridade, baixo peso ao nascer, restrição do crescimento intrauterino, óbito fetal ou perinatal, descolamento prematura de placenta, aminiorrexe pre-

matura, hemorragias, dentre outras (BEZERRA ET AL., 2005; FEBRASGO, 2011; BRASIL, 2012; SOUZA; AMORIM; COSTA, 2008). Havendo a necessidade de realizar o diagnóstico diferencial, por meio dos sinais, sintomas e exames complementares, destas doenças para categorizá-las corretamente e buscar alternativas terapêuticas adequadas (BRASIL, 2012).

Entre os tipos de hipertensão, diagnosticados na gestação, merecem destaque as manifestações específicas da gestação, isto é, a pré-eclâmpsia, que ocorre como forma isolada ou associada à hipertensão arterial crônica, e a hipertensão gestacional. Segundo a literatura, a pré-eclâmpsia, isolada ou superposta à hipertensão arterial crônica, é o tipo de hipertensão que determina os piores resultados maternos e perinatais. (FEBRASGO, 2011, p. 23-24).

A hipertensão crônica, também conhecida como hipertensão essencial ou primária, se manifesta antes da gestação ou é identificada, pela primeira vez, durante a gravidez, no entanto não há retorno à normalidade até 12 semanas posteriores ao parto. A investigação de causas secundárias é essencial para o controle desse distúrbio hipertensivo (FEBRASGO, 2011; BRASIL, 2012).

A hipertensão crônica concomitante com a gravidez está associada a aumento da morbidade e mortalidade tanto materna quanto perinatal. Embora a mortalidade materna na hipertensão crônica seja estimada em taxas inferiores a 1%, vale lembrar que 45% das mortes maternas por eclâmpsia ocorrem em multiparas idosas com antecedentes de hipertensão crônica, na qual sabidamente a pré-eclâmpsia enxerta-se em alta frequência. (FEBRASGO, 2011, p. 39).

A hipertensão gestacional ocorre quando há elevação da pressão arterial sem manifestação de proteinúria, sendo essencial descartar o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Existem dois subtipos desta categoria que são a hipertensão transitória, a qual a pressão arterial se normaliza até 12 semanas posteriores ao parto, e hipertensão crônica em que a pressão permanece elevada mesmo após 12 semanas posteriores ao parto (FEBRASGO, 2011; BRASIL, 2012).

A pré-eclâmpsia e a eclâmpsia são síndromes hipertensivas que ocorrem após a 20ª semana de gestação, ou antes deste período em caso de doença trofoblástica gestacional ou hidrúpsia fetal, combinada com a manifestação clínica de proteinúria, com desaparecimento até a 12ª semana após o parto. No período latente da doença, o diagnóstico é realizado por meio do exame físico e dados laboratoriais da gestante. Não se deve considerar como critério diagnóstico válido o aumento da pressão em 30 mmHg ou da pressão diastólica em 15 mmHg, estes quadros clínicos, necessitam

de realização consultas e medidas de pressão com maior frequência para uma investigação mais precisa, principalmente se este estado for acompanhado de proteinúria e hiperúremia (FEBRASGO, 2011; BRASIL, 2012; FREIRE; TEDOLDI, 2009).

A pré-eclampsia é agrupada em leve e grave, a última é considerada quando a gestante apresenta um ou mais critérios diagnósticos específicos. Já a pré-eclampsia sobreposta à hipertensão crônica é caracterizada pelo surgimento deste tipo de doença hipertensiva em mulheres com hipertensão crônica ou patologia renal, pode surgir ou piorar a proteinúria posteriormente à 20^a semana de gestação, além de haver a possibilidade de ocorrência de trombocitopenia e elevação das enzimas hepáticas (BRASIL, 2012).

A eclampsia pode ocorrer em qualquer fase do ciclo gravídico-puerperal e é evidenciada por convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em gestante com qualquer síndrome hipertensiva, não causadas por patologias neurológicas (FEBRASGO, 2011; BRASIL, 2012).

A incidência de eclampsia é variável, predominando em países em desenvolvimento. De modo geral essa incidência é de 1,3 para cada 1.000 partos, variando de 0,6 nos países desenvolvidos até 4,5 nos países em desenvolvimento. (FEBRASGO, 2011, p. 25).

A síndrome HELLP é uma situação clínica caracterizada por hemólise, aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia. O edema não pode ser utilizado como critério para diagnóstico de hipertensão, uma vez que este ocorre com muita frequência em gestantes híginas (FEBRASGO, 2011; BRASIL, 2012).

A incidência de síndrome HELLP varia entre 2 e 12% do total de mulheres com diagnóstico de pré-eclâmpsia. Essa variação reflete tanto a falta de consenso nos parâmetros laboratoriais estabelecidos para o diagnóstico como a dificuldade para a identificação da doença, quando os sinais clínicos da pré-eclâmpsia estão ausentes [...]. (FEBRASGO, 2011, p. 26).

As condutas terapêuticas variam de acordo com a classificação da doença hipertensiva na gestação, ademais dependem da gravidade da afecção e da idade gestacional, é importante que haja monitoração rigorosa das condições clínicas da gestante acometida. Após o parto, é fundamental avaliar e orientar as mulheres que desenvolveram hipertensão durante a gestação quanto a possíveis gestações futuras e ao risco cardiovascular (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar a incidência significativa de casos de gestantes na fase da adolescência, período julgado como um fator de risco para implicações desfavoráveis na

gestação, levando em consideração que o aparecimento da hipertensão possui maior prevalência nos extremos da idade reprodutiva. As intercorrências no período gravídico-puerperal afetam diretamente a mulher e sua família e conduzem, geralmente, ao sofrimento psíquico excessivo. As estratégias devem ser incrementadas para o controle deste tal malefício, prevenindo dos riscos e garantindo a saúde obstétrica (CARDOSO; FRANCO; CABRAL, 2009).

O Ministério da Saúde recomenda no mínimo seis consultas durante o pré-natal, no caso, uma consulta no 1º trimestre, duas consultas no 2º trimestre e três consultas no 3º trimestre de gestação. Todas as gestantes devem ser acompanhadas com um enfoque crítico, por serem consideradas em risco para doença hipertensiva, toda gestante que apresentar sinais e sintomas clínicos da hipertensão, seja durante a gestação ou no puerpério deve ser monitorada a gravidez e puerpério (BRASIL, 2012).

Observa-se que o pré-natal é de grande importância tanto para a gestante quanto para o bebê. Para fins de prevenção de óbito materno, considera-se a recomendação do número de consultas no pré-natal, o estabelecimento de programa de imunização materna e a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças intercorrentes da gestação, números oficiais podem indicar tendências que refletem o comportamento da assistência pré-natal no país (RIOS; VIEIRA, 2007).

Faz-se necessário compreender as questões que estão relacionadas com as ações preconizadas para atender às demandas de saúde da gestante, e no momento do pré-natal devem ser valorizadas as emoções, os sentimentos, as pré-concepções e a história relatada pela gestante e seu parceiro de forma a individualizar e a contextualizar a assistência pré-natal (BRASIL, 2003).

Portanto, este estudo busca analisar os números de casos de mortalidade materna em Alagoas, identificando, desta forma, as regiões do referido estado que tiveram a maior quantidade de casos. Visando, assim, fortalecer as políticas públicas envolvidas para proporcionar a gestante uma atenção qualificada e integral.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo com abordagem descritiva e quantitativa. Foi realizada uma revisão literária para estabelecer o embasamento teórico e coletados os dados quantitativos na Secretaria Estadual de Saúde e por meio do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) disponível para acesso no site de Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde, em relação às mulheres gestantes que morreram no estado de Alagoas no período de 2008 a 2013 por doenças hipertensivas.

A pesquisa quantitativa se direciona na objetividade, influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida por meio de análise de dados. A mesma recorre à linguagem matemática dos dados para descrever e expressar possíveis causas de um fenômeno (FONTELLES, ET AL., 2009).

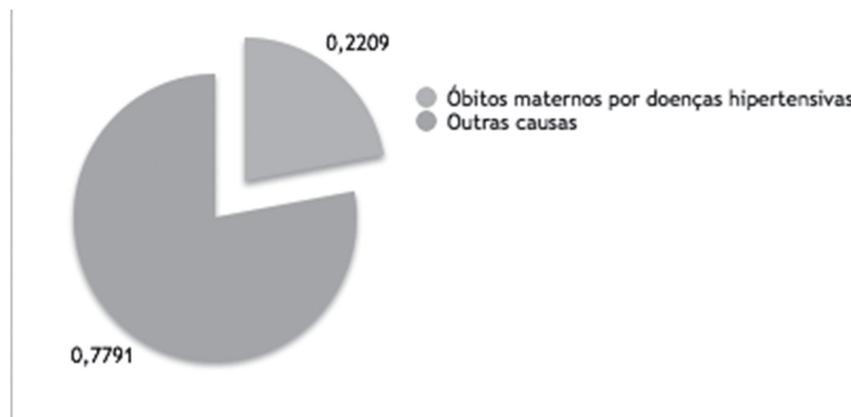
Os dados coletados foram analisados e tabulados no sistema operacional *Microsoft Excel*®, e organizados em forma de gráficos, para uma boa visualização dos mesmos.

Por se caracterizar como um estudo com dados secundários e agregados, essas informações encontram-se em site governamental de domínio público e não envolvem diretamente seres humanos ou variáveis com relação à identificação de indivíduos. Assim, não foi necessária a submissão do projeto de pesquisa para apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com os dados do SIM, no período de 2008 a 2013 ocorreram 163 óbitos maternos, destes, 36 foram decorrentes de doenças hipertensivas, as quais correspondem a 22,09% das mortes maternas, o que merece atenção especial voltada à assistência a gestante em um contexto geral.

Gráfico 1 – Mortalidade materna por doença hipertensiva em relação à mortalidade materna geral, no Estado de Alagoas, entre os anos de 2008 à 2013



Fonte: DATASUS – SIM, 2014.

Esses números se tomam mais relevantes no momento em que nos reportamos às práticas preconizadas nas políticas públicas direcionadas a redução da mortalidade materna, já que o foco dessas ações se dão principalmente para os agravos decorrentes de hipertensão, hemorragias e infecções (CALDERON; CECATTI; VEJA, 2006; FONSÊCA; COSTA, 2011). Neste sentido, podemos questionar a qualidade e a efetividade da implementação dessas ações no período e locais estudados.

No que diz respeito a distribuição dos óbitos por classificação das doenças hipertensivas, destaca-se a Hipertensão Materna e a Eclâmpsia, totalizando juntas quase a metade dos óbitos nesse período.

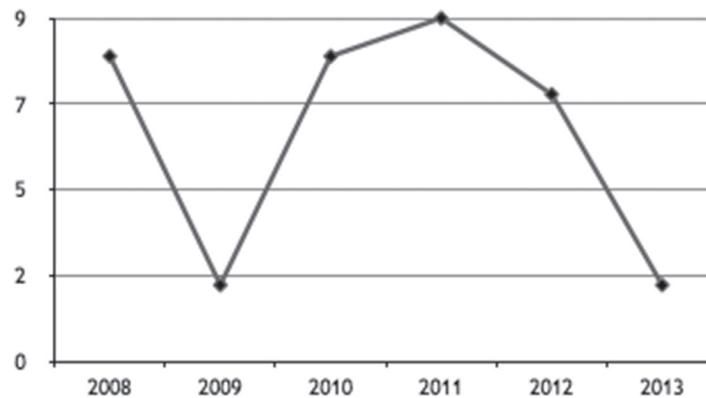
Tabela 1 – Mortalidade materna por doença hipertensiva, no Estado de Alagoas, entre os anos de 2008 à 2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria supraparturiente	1	0	1	0	0	0	2	5,6
Hipertensão gestacional sem proteinúria significativa	2	0	1	2	0	0	5	13,9
Pre-eclâmpsia moderada	0	0	0	0	1	0	1	2,8
Pre-eclâmpsia grave	2	0	0	0	<u>1</u>	<u>1</u>	4	<u>11,1</u>
Pre-eclâmpsia NE	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	2	<u>5,6</u>
Eclâmpsia na gravidez	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	1	<u>2,8</u>
Eclâmpsia no trabalho de parto	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>2</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	3	<u>8,3</u>
Eclâmpsia no puerpério	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	1	<u>2,8</u>
Eclâmpsia NE quanto ao período	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	8	<u>22,2</u>
Hipertensão materna NE	<u>0</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>0</u>	9	<u>25</u>
Total	8	2	8	9	7	2	36	100

Fonte: DATASUS – SIM, 2014.

Em tempo, considerando a distribuição por ano de ocorrência, verifica-se uma grande variação anual no número de óbitos. Os dados em referência no Gráfico 2 e, segundo o sistema de informação do órgão estadual de saúde de Alagoas essa variação ou parte delas pode ser caracterizada pela melhoria, ou falha dos registros óbitos pelos municípios. Fato este que nos leva a questionar a veracidade das informações dos sistemas de informação para o período estudado.

Gráfico 2 – Mortalidade materna por doença hipertensiva, no Estado de Alagoas, entre os anos de 2008 à 2013

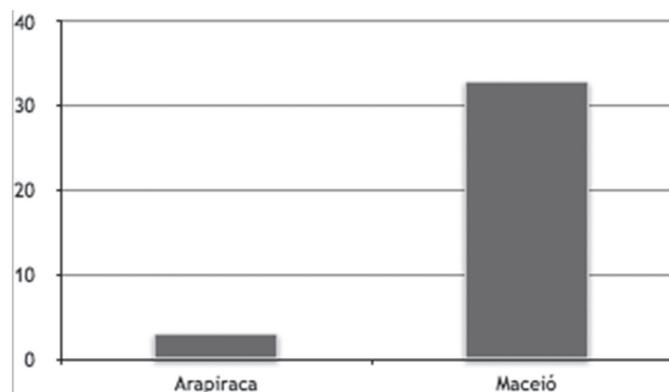


Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas, 2014.

Outro aspecto relevante destaca-se pelo maior índice de óbitos maternos por doença hipertensiva, ocorrido no estado em 2011, em relação aos anos anteriores, este aumento nos mostra que uma grande falha vem ocorrendo na atenção primária, o que inclui falta ou ineficácia de ações do governo, capacitação ou atuação inadequada dos profissionais ou ainda por descaso da própria gestante que descarta o acompanhamento pré-natal para que haja o diagnóstico precoce e a realização das intervenções cabíveis.

Em determinados anos do período, houve uma queda no índice da mortalidade materna, sinal de que os órgãos do governo estão atuando nos programas de prevenção, tratamento e reabilitação adequados nos casos de doença hipertensiva da gestação (DHG), evitando os óbitos maternos.

Gráfico 3 – Número de casos de mortalidade materna por doenças hipertensivas, distribuído por macroregião de saúde no Estado de Alagoas, entre os anos de 2008 à 2013, em números absolutos

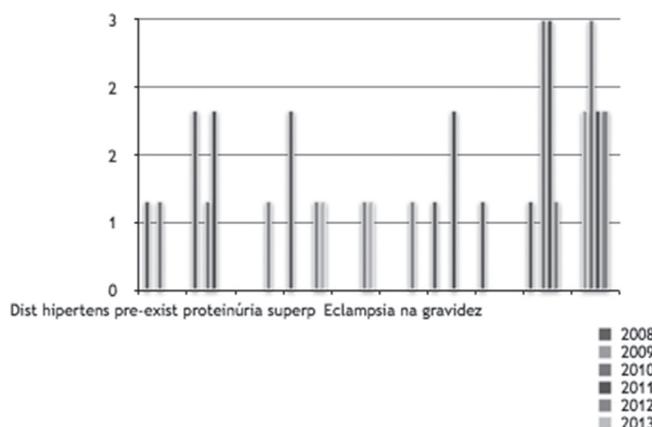


Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas, 2014.

A macrorregião I, com sede em Maceió, apresentou uma mortalidade materna relativamente alta por doenças hipertensivas, segundo as informações colhidas, no entanto, sendo esta a capital com um número maior de habitantes e de referência para as microrregiões do estado. E a macrorregião II expõe um número menor de óbitos materno, esta corresponde à segunda cidade maior do estado, Arapiraca, que é um centro de referência para as cidades circunvizinhas.

Os municípios que se destacam por um número elevado de óbitos maternos decorrentes de hipertensão na gestação são Penedo, Atalaia, Campo Alegre, Porto Calvo, Palmeira dos Índios e Delmiro Gouveia.

Gráfico 04 – Distribuição, segundo as causas de mortalidade materna por doenças hipertensivas, no Estado de Alagoas, entre os anos de 2008 à 2013



Fonte: DATASUS – SIM, 2014.

Observa-se que, de 2008 a 2013, a hipertensão NE obteve o maior número de óbitos, seguido de eclâmpsia NE quanto ao período, hipertensão gestacional sem proteinúria significativa, pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia no trabalho de parto, pré-eclâmpsia NE, distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria, pré-eclâmpsia moderada, eclâmpsia na gravidez e eclâmpsia no puerpério.

O diagnóstico da doença hipertensiva da gravidez pode ocorrer em qualquer idade gestacional, seja durante a gestação, no trabalho de parto ou no puerpério imediato. E para os casos em que a gestante já apresente a doença hipertensiva antes da gravidez, é fundamental manter o tratamento ainda mais rigoroso, resultando em menos riscos maternos.

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública, apesar da maioria das doenças gestacionais, inclusive doenças hipertensivas, poderem ser evitáveis e terem fácil diagnóstico precoce, o que pode indicar falhas no atendimento pré-natal e hospitalar.

Morse e outros autores (2011) relatam que há uma limitação da temática na literatura, merecendo destaque as contradições metodológicas inerentes artigos existentes, como a utilização de critérios discrepantes, que impossibilitam a comparação adequada entre os estudos e a extração de medidas sumárias.

4 CONCLUSÃO

De acordo com os dados obtidos no estudo, nota-se elevado o número de casos de óbitos maternos por doenças hipertensivas, destacando-se a capital do estado, por esta ser de referência para a região, e em cidades com maior número de população.

No entanto, as subnotificações são uma realidade vivenciada pelos serviços de saúde constantemente, dificultando o planejamento e a implementação de medidas precisas, conforme o perfil da população, para proporcionar a redução significativa de óbitos maternos em ritmo adequado às expectativas da OMS. Ademais, estas informações fortalecem a relevância de políticas públicas adequadas, capacitação dos profissionais de saúde envolvidos e conscientização das gestantes quanto à necessidade do pré-natal.

É importante enfatizar que os profissionais de saúde da atenção básica têm um papel importantíssimo na prevenção e tratamento de doenças, promoção de saúde e reabilitação da gestante, por este nível assistencial ser a porta de entrada da usuária nos serviços de saúde pública, principalmente por meio de ações relativas ao pré-natal, sendo essencial um olhar especial, holístico e integral para este público. Para alcançar o êxito nas ações pretendidas, é relevante ter uma visão crítica para realizar o planejamento e a implementação de estratégias benéficas, seguindo o protocolo de atuação do Ministério da Saúde (MS) e sua legislação profissional vigente.

REFERÊNCIAS

BARROS S. M. O. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**: guia para a prática assistencial. 2.ed. São Paulo: Roca, 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5.ed. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem, cadernos do aluno**: saúde da mulher, da criança e do adolescente. 2.ed. Brasília, 2003.

CARDOSO, D; FRANCO, S. F. S. R.; CABRAL, V.A. **A gestante com hipertensão**: um enfoque na humanização da assistência do enfermeiro no pré-natal. 2009. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

CARDOSO, M. P.; FAÚNDES, A. Mortalidade de mulheres em idade fértil devido a causas externas no Município de Cascavel, Paraná, Brasil, 1991 a 2000. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.10, out., 2006. p.2241-2248.

CALDERON, I. M. P.; CECATTI, J. G.; VEJA, C. E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.28, n.5, 2006. p.310-315.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Manual de gestação de alto risco**. Rio de Janeiro, 2011.

FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.36, n.2, abr.-jun., 2012. p.527-538.

FREIRE C. M. V.; TEDOLDI C. L. Hipertensão arterial na gestação. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.93, n.6, dez., 2009. p.159-165.

FONSÊCA L. A. C.; COSTA L. A. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do sistema único de saúde. **Revista Interdisciplinar NOVA-FAPI**, v.4, n.2, abr/jun. 2011. p.40-45.

FONTELLES, M. J.; SIMÕES, M. G.; FARIAS, S. H.; FONTELLES, R. G. S. Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a elaboração de um Protocolo de Pesquisa. **Rev. Paraense de Medicina**, v.23, n. 3, jul/set. 2009.

MORSE, M. L., et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.4, abr. 2011. p.623-638.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 3.ed. São Paulo: Sarvier, 2005.

REZENDE, J.; MONTENEGRO C. A. B. **Fundamentos de obstetrícia**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2013.

RIOS C. T. F.; VIEIRA N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, 2007. p.477-486.

SOUZA A. S. R.; AMORIM M. M. R.; COSTA A. A. R. Tratamento anti-hipertensivo na gravidez baseado em evidências. **Femina**, v.36, n.10, out. 2008. p.635-645.

SOUZA, F. S. T.; RODRIGUES, J. A. A.; DUARTE, K. S. M. **Hipertensão na gravidez**: importância dos cuidados de enfermagem no período pré-natal. 2013. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade do Mindelo – Escola Superior de Saúde, Mindelo, 2013.

Data do recebimento: 19 de Fervereiro de 2015

Data da avaliação: 4 de Março de 2015

Data de aceite: 6 de Março de 2015

1 Graduada do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes –UNIT/AL. E-mail: janecris10@hotmail.com

2 Graduanda do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes –UNIT/AL.
E-mail: andressal.cavalcante@hotmail.com

3 Graduanda do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes –UNIT/AL.
E-mail: laise_gabrielly@hotmail.com

4 Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes –UNIT/AL.
E-mail: albambf@hotmail.com

5 Professor do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes –UNIT/AL.
E-mail:Contato: antoniofernando_jr@yahoo.com.br