

HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GRAVIDEZ: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Thais Regina Teixeira dos Santos¹

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas²

RESUMO: A Síndrome Hipertensiva da Gravidez (SHG) é abordada sinonimamente como Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), agravos que podem acometer a mulher em seu período gestacional. Logo, efetivado neste estudo uma revisão integrativa da literatura cuja finalidade é analisar as atuais orientações, discussões, implicações e cuidados às gestantes que desenvolvem SHG e DHEG. A busca deu-se na base de dados SciELO, MEDLINE e LILACS no período de 2001-2010, através dos descritores: *gravidez de risco (pregnancy risk)*, *hipertensão arterial (hypertension)*, *complicações (complications)* e *cuidados intensivos (intensive care)*. Utilizou-se os operadores booleanos *or*, *and* e *not* para haver melhor resultado da busca. Foram identificados inicialmente 103 artigos com textos completos, porém, após leitura do material, foram selecionados 23 artigos seguindo o delineamento metodológico. Entre os resultados destaca-se a qualidade do atendimento prestado no pré-natal, parto e puerpério; a obesidade, como fator de risco independente para DHEG; a síndrome de HELLP, sinalizada como uma importante complicação da SHG podendo evoluir para a morte materna e fetal. Concluído que a hipertensão arterial gestacional está relacionada à predisposição intrínseca e extrínseca das mulheres acometidas por esta patologia, o que aponta para importância de um acompanhamento perigestacional unificado e qualificado.

DESCRITORES: Gravidez de risco; hipertensão arterial; complicações; cuidados intensivos.

INTRODUÇÃO

Segundo Rodrigues (2005) a gestação, leva as mulheres a alterações anatômicas, endócrinas, hemodinâmicas e imunológicas importantes no organismo feminino, mantendo um equilíbrio dinâmico por mecanismos compensatórios, ainda pouco conhecidos. Mas o limite entre a normalidade e a doença é extremamente tênue e seu desequilíbrio representa risco elevado de morbimortalidade materno-infantil.

¹ Enfermeira. Aluna da Especialização Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e Universidade Corporativa Mãe de Deus.

² Enfermeira. Doutorado Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Titular UNISINOS. Coordenadora Especialização Enfermagem em Terapia Intensiva pela UNISINOS e Universidade Corporativa Mãe de Deus.

Entre as doenças maternas que ocorrem no período gravídico, a hipertensão induzida pela gravidez é considerada uma das que mais efeitos nocivos provocam no organismo materno, fetal e neonatal, constituindo-se em uma grave problemática pública (BEZERRA et al, 2005; CHAIM; OLIVEIRA; KIMURA, 2008; KALE; COSTA, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

A hipertensão arterial gestacional, de acordo com o grau de severidade, é considerada como fator de risco, que somado às peculiaridades individuais, condições socioeconômicas desfavoráveis, determinantes antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas podem desencadear danos, morbidade e mortalidade, ao binômio materno-fetal (RODRIGUES, 2005; CHAIM; OLIVEIRA; KIMURA, 2008).

Hospitalização e repouso no leito têm sido condutas adotadas como fundamentais no controle da pressão arterial das gestantes portadoras de SHG, prevenindo, dessa forma, o desenvolvimento de complicações graves (ALVES, 2001; PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005; VIGGINIANO et al, 2004). Ainda, devido à possível deterioração hemodinâmica materna o cuidado intensivo se faz necessário. Neste ambiente de intensivismo, é possível oportunizar uma assistência qualificada e possibilitar a detecção precoce de doenças intercorrentes bem como a profilaxia de suas complicações, visando à superação da problemática responsável pela mortalidade materna e perinatal. Portanto, justifica-se a escolha do tema considerado a pertinência desta revisão integrativa da literatura.

Constituído como objetivo analisar as atuais orientações, discussões, implicações e cuidados às gestantes que desenvolvem SHG e DHEG.

MÉTODO

O presente estudo é uma revisão integrativa da literatura, baseada em buscas nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e MEDLINE (PubMed), do período de 2001 a 2010, nas línguas inglesa e portuguesa através do cruzamento dos descritores *gravidez de risco (pregnancy risk)*, *hipertensão arterial (hypertension)*, *complicações (complications)* e *cuidados intensivos (intensive care)*. Também foram utilizados os operadores booleanos *or*, *and* e *not* para haver melhor resultado da busca. Foram identificados inicialmente 103 artigos com textos completos, porém, após leitura do material, foram selecionados 23 artigos que focavam a articulação entre DHEG e os cuidados intensivos: 1 observacional; 2 qualitativos; 4 revisões de literatura; 16 descritivos, sendo 1 caso-controle, 1 transversal retrospectivo, 2

retrospectivos e 2 corte transversais. Foram excluídos, portanto, 80 artigos dos inicialmente selecionados, pois não abordavam a temática desta revisão.

A OBESIDADE COMO RISCO POTENCIAL PARA DHEG

Existem diversos fatores que aumentam o risco de desenvolver a DHEG como obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 30 anos, antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica, diabetes e doença renal, podendo estas particularidades estar relacionados à região e a etnia da população (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008; GANEM; CASTIGLIA, 2002).

A obesidade entre a população feminina tem aumentado assustadoramente, o que torna preocupante, já que atualmente ela é encarada como um problema de saúde pública. Como consequência, há uma incidência de gestantes obesas o que contribui para um elevado risco de complicações perigestacionais (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008; ATHUKORALA et al, 2010; FRATTESI; CORRÊA JÚNIOR, 2010).

O maior ganho de peso durante a gestação é verificado a partir do segundo trimestre devido às alterações hormonais e às considerações errôneas a respeito da alimentação e restrição de atividade física, percebidas pelas gestantes, elevando o risco das síndromes hipertensivas (FRATTESI; CORRÊA JÚNIOR, 2010).

A obesidade é vista como um fator de risco independente para os distúrbios hipertensivos gestacionais, o que torna preocupante. Programas de atenção à saúde que combatem a obesidade tornam-se necessários em busca de estratégias para prevenção das SHG's (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008; ATHUKORALA et al, 2010).

EVOLUÇÃO PARA SÍNDROME DE HELLP

Os distúrbios hipertensivos são as complicações de maior relevância durante o período gravídico-puerperal, esta patologia caracteriza-se pela chamada tríade: hipertensão, proteinúria e/ou edema. Na identificação da hipertensão arterial na gravidez é fundamental diferenciar a hipertensão que antecede a gravidez daquela que é condição específica da mesma. Na primeira, a pressão arterial (PA) é um aspecto fisiológico básico da doença, a segunda é o resultado da má adaptação do organismo materno à gravidez (ANGONESI; POLATO, 2007; RODRIGUES, 2005).

Classifica-se a DHEG em duas formas básicas: pré-eclâmpsia e eclâmpsia. A primeira, também chamada de toxemia, é uma doença imprevisível que ocorre somente quando uma placenta está presente, considerada como forma não convulsiva marcada pelo início da

hipertensão após a 20ª semana de gestação; a segunda é caracterizada pelos episódios convulsivos e frequentemente associada a complicações de órgãos vitais como SNC (Sistema Nervoso Central), o fígado e os rins, sendo sua etiologia desconhecida (ANGONESI; POLATO, 2007; CUNHA; OLIVEIRA; NERY, 2007; INTURRISI; MOORE, 2005; RODRIGUES, 2005).

Uma das formas mais graves dos distúrbios hipertensivos agravando o prognóstico materno é síndrome de HELLP. HELLP é um acrônimo utilizado para descrever a condição em que uma paciente com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia cursa com hemólise (hemolysis-H), aumento das enzimas hepáticas (elevated liver enzymes-EL) e plaquetopenia (low platelets-LP) (ANGONESI; POLATO, 2007; CUNHA; OLIVEIRA; NERY, 2007; INTURRISI; MOORE, 2005; KATZ et al, 2008; RODRIGUES, 2005).

Embora as causas da HELLP não sejam completamente entendidas, a síndrome pode levar a insuficiência cardíaca e pulmonar, hemorragia interna, hematoma hepático, insuficiência renal aguda, acidente vascular cerebral e outras complicações graves que podem levar a morte materna e fetal. Esta mortalidade atinge cifras ainda mais altas quando há demora no encaminhamento ou quando o atendimento é feito fora dos setores terciários (ANGONESI; POLATO, 2007; CUNHA; OLIVEIRA; NERY, 2007; KATZ et al, 2008).

Considerando as indicações específicas de transferências para Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a eclâmpsia e a síndrome HELLP destacam-se dentre as doenças hipertensiva de maior incidência, usando-se como parâmetro a descompensação hemodinâmica (AMORIM et al, 2006; VIGGINIANO et al, 2004).

CUIDADOS À GESTANTE HIPERTENSA

A gravidez, normalmente, traz expectativas e alegrias, dessa forma qualquer alteração que traga risco de vida para mãe e/ou bebê, geram angústia, sofrimento e medo no complexo familiar. A conduta ética e o respeito à paciente e sua família deverão nortear sempre este relacionamento, principalmente pela equipe de enfermagem que está à frente desse contexto que deverá articular os procedimentos técnicos com o cuidado humanizado, onde o apoio, a atenção e o diálogo tornam-se essenciais (CUNHA; OLIVEIRA; NERY, 2007; SOARES, 2009; SOUZA et al, 2007).

No pré-natal, faz-se primordial uma adequada assistência, pois durante esta etapa a equipe de saúde tem a oportunidade de identificar fatores que podem influenciar negativamente no curso da gestação. Oportunizar a possibilidade de diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento dos possíveis achados patológicos, favorece a implantação

posterior de ações preventivas capazes de interferir no processo evolutivo das complicações que podem levar à morte materna e fetal (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004; LUZ et al, 2008; PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005; RAMOS et al, 2008; SAVIATO et al, 2008; SOUZA et al, 2007; VEGA; KAHHALE; ZUGAIB, 2007).

A principal razão para hospitalização de gestantes portadoras de hipertensão seria a facilidade de monitorização contínua dos parâmetros maternos e fetais e a detecção precoce da deterioração do quadro (ALVES, 2001; AMORIM; KATZ; SANTOS, 2007).

As pacientes obstétricas representam um pequeno, porém importante grupo de egressos em UTI, seus problemas são únicos e requerem atenção especializada. Quando se realiza o tratamento intensivo adequado destas pacientes instáveis, verifica-se a redução significativa da mortalidade perigestacional (AMORIM et al, 2008; LUZ et al, 2008; PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005; VIGGINIANO et al, 2004).

MORTE MATERNA POR HIPERTENSÃO

Apesar de todos os avanços na assistência obstétrica durante o último século, a morbidade e a mortalidade materna ainda acompanham a gravidez e o parto, tornando-se um problema crucial de saúde pública (SOARES et al, 2009).

Defini-se como morte materna aquela situação inserida no contexto do processo reprodutivo, durante a gestação ou dentro de 42 dias após o término da mesma, devida a qualquer causa relacionada ou agravada com a gestação ou por condutas tomadas em relação a ela, evoluindo para o óbito ou não, excluindo-se fatores acidentais ou incidentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994; OMS, 1997; RODRIGUES, 2005; VIGGINIANO et al, 2004).

A taxa de mortalidade materna consiste no número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Pode ser utilizada para analisar variações geográficas e temporais da mortalidade materna; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério e contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

Os distúrbios hipertensivos são considerados uma das principais causas de morte materna. Reconhecer seus determinantes acrescenta importantes informações de como estão sendo avaliadas e conduzidas as ações sociais e em saúde específicas à saúde da mulher, o que possibilita uma reorganização, se necessário, do sistema de saúde para reduzir este evento

(KALE; COSTA, 2009; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004; SOARES et al, 2009; VEGA; KAHHALE; ZUGAIB, 2007).

CONCLUSÃO

Há uma forte evidência de que os transtornos hipertensivos gestacionais são eventos que estão diretamente ligados às mortes maternas. O que nos remete a refletir não somente sobre a incidência de complicações ameaçadoras da vida, como também sobre a qualidade da assistência à saúde da mulher.

Torna-se claro que os profissionais da saúde devem estar efetivamente qualificados para prestarem um acompanhamento pré-natal, parto e puerpério de qualidade, sabendo detectar precocemente possíveis fatores de risco que possam gerar complicações que interfiram no processo da maternidade, rompendo com a naturalidade da gestação e comprometendo a vida da mulher e do seu bebê. O referenciamento adequado para os serviços terciários favorece as condutas terapêuticas emergenciais e a implantação posterior de ações preventivas capazes de interferir no processo evolutivo de patologias.

Porém, percebeu-se uma forte divergência quanto aos critérios de transferências das mulheres com distúrbios hipertensivos gestacionais às UTI's. Os parâmetros utilizados seriam a instabilidade hemodinâmica, o que muitas vezes acarreta no obituário materno e/ou fetal, devido ao ciclo evolutivo.

A tomada de decisão da equipe multiprofissional é fator determinante para a condução de um prognóstico positivo dessas mulheres acometidas pela SHG. Nesse sentido, é proposto que haja uma reorganização dos serviços de saúde para a qualificação unificada de seus servidores quanto ao atendimento e encaminhamento das gestantes hipertensas, estabelecendo estratégias eficazes de prevenção da hipertensão arterial gestacional, bem como a resolutividade efetiva dessa problemática atual da obstetrícia.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinente

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Este artigo é parte de avaliação do curso de Especialização de Enfermagem em Terapia Intensiva de Thais Regina Teixeira dos Santos pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos e Universidade Cooperativa Mãe de Deus.

REFERÊNCIAS

ALVES, E.A. Internação hospitalar, Uma necessidade nas síndromes hipertensivas da Gestação?. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 96-96, April/June 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302001000200016&script=sci_arttext. Acesso em 14 de julho de 2010.

AMORIM, M.M.R. de; KATZ, L.; SANTOS, L.C. Terapia intensiva em obstetrícia. **Femina**, Rio de Janeiro, vol. 35, n. 2, p. 107-111, Fev. 2007. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgiin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=471277&indexSearch=ID>. Acesso em 30 de julho de 2010.

AMORIM, M.M.R. de et al. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, região nordeste do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, vol. 54, n. 3, p. 261-266, May/June 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000300021 >. Acesso em 14 de julho de 2010.

AMORIM, M.M.R. de et al. Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, vol. 6, n. 1, p. 55-62, May/June 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000500008. Acesso em 19 de dezembro de 2010.

ANGONESI, J.; POLATO, A. Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), incidência à evolução para a Síndrome de HELLP. **Rev. Bras. Anal. Clin.**, Fortaleza, vol. 39, n.4, p. 243-245, Maio 2007. Disponível em http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_39_04/rbac_39_04_01.pdf. Acesso em 18 de novembro de 2010.

ASSIS, T.R.; VIANA, F.P.; RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, vol. 91, n. 1, p. 11-17, July 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001300002>. Acesso em 20 de agosto de 2010.

ATHUKORALA, C. et al. The risk of adverse pregnancy outcomes in women who are overweight or obese. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Bethesda, vol. 10, n. 56, p. 1-8, Sept. 2010. Disponível em < <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/56>>. Acesso em 23 agosto de 2010.

BEZERRA, E.H.M. et al. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 9, p. 548-553, Sept. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032005000900008&script=sci_arttext>. Acesso em 15 de setembro de 2010.

CHAIM, S.R.P.; OLIVEIRA, S.M.J.V. de; KIMURA, A.F. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, vol. 21, n. 1, p. 53-58, Jan/Mar. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000100008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 02 de janeiro de 2011.

CUNHA, J.B.; OLIVEIRA, J.O.; NERY, I.S. Assistência de Enfermagem na opinião das mulheres com pré-eclâmpsia. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol. 11, n. 2, p. 254-260, June 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000200011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 03 fevereiro de 2011.

FRATTESI, F.F.; CORRÊA JÚNIOR, M.D. Obesidade e complicações gestacionais. **Femina**, Rio de Janeiro, vol. 38, n. 5, p. 261-264, Maio 2010. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgiin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=546438&indexSearch=ID>>. Acesso em 16 de dezembro de 2010.

GANEM, E.M.; CASTIGLIA, Y.M.M. Anestesia na Pré-Eclâmpsia. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, vol. 52, n. 4, p. 481-497, July/Aug. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942002000400013&script=sci_arttext>. Acesso em 16 de setembro de 2010.

INTURRISI, M.; MOORE, D. B. Pacientes obstétricos em situação crítica. In: SCHELL, H. M.; PUNTILLO, K. A. **Segredos em enfermagem na terapia intensiva: respostas**

necessárias ao dia-a-dia nas unidades de terapia intensiva. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 498-506.

KALE, P.L.; COSTA, A.J L. Maternal Deaths in the City of Rio de Janeiro, Brazil, 2000–2003. **J. Health Popul. Nutr.**, v. 27, n. 6, p. 794-801, Dec. 2009. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20099763>>. Acesso em 12 de fevereiro de 2011.

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.**, Rio de Janeiro, vol. 30, n. 2, p. 80-86, Fev. 2008. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=483313&indexSearch=ID>>. Acesso em 24 de novembro de 2010.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P. de M.; GOTLIEB, S.L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, vol. 7, n. 4, p. 449-460, Dec. 2004. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415-790X2004000400008&script=sci_arttext>. Acesso em 18 de fevereiro de 2011.

LUZ, A.G. et al. Morbidade materna grave em um hospital universitário de referência municipal em Campinas, Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, vol. 30, n. 6, p. 281-286, Jun. 2008. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=492362&indexSearch=ID>>. Acesso em 14 de janeiro de 2011.

Ministério da Saúde. **Manual de comitês de mortalidade materna**. Brasília: COMIM, 1994.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Classificação estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde – 10ª Revisão CID-10**. São Paulo: EDUSP, 1997.

PERAÇOLI, J.C.; PARPINELLI, M.A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 10, p. 627-634, Oct. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005001000010>. Acesso em 22 de dezembro de 2010.

RAMOS, J.G.L. et al. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul - Brasil: um estudo de 20 anos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 6, p. 431-436, July 2003. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032003000600008&script=sci_arttext>. Acesso em 07 de setembro de 2010.

RODRIGUES, F.L.G. Pacientes obstétricas em terapia intensiva. In: CINTRA, Eliane. A.; NISHIDE, Vera. M.; NUNES, Wilma. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**, 2. ed., São Paulo: Atheneu, 2005, p 511-526.

SAVIATO, B. et al. Morte materna por hipertensão no Estado de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, Vol. 37, n. 4, p. 16-19, Oct. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000900012>. Acesso em 11 de janeiro de 2011.

SOARES, V.M.N. et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, vol. 31, n. 11, p. 566-573, Nov. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009001100007>. Acesso em 28 de outubro de 2010.

SOUZA, N.L. de et al. Maternal perception of premature birth and the experience of pre-eclampsia pregnancy. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, Oct. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500003&lng=ene&nrm=iso&tlng=ene>. Acesso em 03 de novembro de 2010.

VEGA, C.E.P.; KAHHALE, S.; ZUGAIB, M. Maternal mortality due to arterial hypertension in São Paulo City (1995-1999). **Clinic.**, São Paulo, vol. 62, n. 6, p. 679-684, Aug. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322007000600004>. Acesso em 12 de setembro de 2010.

VIGGIANO, M.B. Necessidade de cuidados intensivos em maternidade pública terciária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, vol. 26, n. 4, p. 317-323, May 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032004000400009&script=sci_arttext>. Acesso em 27 de janeiro de 2011.