

Perfil, condições clínicas e ginecológicas de gestantes e mortalidade materna por eclâmpsia na região do Alto Sertão Produtivo Bahia

Profile, clinical and gynecological conditions of pregnant women and maternal mortality from eclampsia in the region of Alto Sertão Produtivo Bahia

Pablo Luiz Santos Couto^{1*}, Mariana Cristal Ferreira Guimarães Matos², Luiz Carlos Moraes França³, Samantha Souza da Costa Pereira¹, Rachel Verdan Dib³, Giuliana Fernandes e Silva³

RESUMO

Objetivo: analisar a correlação entre perfil, condições clínicas e ginecológicas da gestante e mortalidade materna por eclâmpsia. **Método:** Estudo transversal e retrospectivo, realizado em prontuários dos últimos 5 anos anteriores (de 2015 a 2019) de parturientes, apresentando quadro de síndromes hipertensivas graves, sendo as principais variáveis sociodemográficas, condições ginecológicas, condições de saúde /hábitos de vida e condições clínicas da gestação atual com a mortalidade materna. Fez-se a análise com frequência simples das variáveis e as correlações com a mortalidade materna foram submetidas ao teste de *Pearson*.

Resultados: As correlações significantes com a mortalidade materna, decorrente da síndrome, foram: idade ($p=0,013$), escolaridade ($p= -0,021$), raça/cor auto declarada ($p=0,036$), idade da primeira gestação ($p=0,002$), histórico de hipertensão arterial ($p= -0,019$), uso de métodos contraceptivos hormonais ($p= -0,042$), bebidas alcoólicas ($p= -0,024$), paridade ($p= -0,003$), eclâmpsia ($p= -0,026$). **Conclusão:** Alguns resultados corroboram com a literatura científica, porém as variáveis lesões neurológicas, alteração do padrão respiratório e descolamento prematuro de placenta foram inéditas.

Palavras-chave: Saúde materna; Síndromes Hipertensivas da Gestação; Eclâmpsia; Obstetrícia; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: To analyze the correlation between the profile, clinical and gynecological conditions of pregnant women and maternal mortality from eclampsia. **Method:** Cross-sectional and retrospective study, collected from medical records of the previous 5 years (from 2015 to 2019) of parturients, presenting severe hypertensive syndromes, with the main sociodemographic variables, gynecological conditions, health conditions/life habits and clinical conditions of the current pregnancy with maternal mortality. Simple frequency analysis of variables was performed and correlations with maternal mortality were submitted to Pearson's test. **Results:** Correlations with statistical significance ($p \leq 0,05$) were: age ($p=0,013$), schooling ($p=-0,021$), race/color ($p=0,036$), age at first pregnancy ($p=0,002$), history of arterial hypertension ($p=-0,019$), use of hormonal contraceptive methods ($p=-0,042$), alcoholic beverages ($p=-0,024$), parity ($p=-0,003$), eclampsia ($p=-0,026$). **Conclusion:** Some correlations are present in the scientific literature, but the variables neurological lesions, alteration of the breathing pattern and placental abruption were unprecedented.

Keywords: Maternal health; Hypertensive Syndromes of Pregnancy; Eclampsia; Obstetrics; Women's Health.

¹ Universidade do Estado da Bahia.

*E-mail: pabloluizsc@hotmail.com

² Centro de Educação Superior de Guanambi.

³ Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), 10% dos distúrbios hipertensivos afetam as mulheres grávidas no mundo todo, em que incluem a pré-eclâmpsia, a eclampsia, a hipertensão gestacional e a hipertensão crônica, sendo causa importante da morbidade aguda grave, incapacidade prolongada e morte entre mães e bebês.

Em se tratar de forma específica do Brasil, através de uma revisão sistemática, identificou-se a incidência de 1,5% para PE e de 0,6% para eclampsia (ABALOS et al., 2013). As informações sobre o Brasil ainda são subestimadas e alternam de acordo com cada região do país. Um estudo brasileiro relata que a prevalência de eclampsia estimada seja de 0,2% em áreas desenvolvidas, com taxa de mortalidade materna de 0,8%, já nas regiões menos desenvolvidas essa prevalência aumenta para 8,1%, com taxa de mortalidade materna de 22,0% (RAMOS et al., 2017).

Segundo o Manual para professores de enfermagem obstétrica- Eclampsia (2005), a eclampsia se caracteriza com o início de convulsões em uma gravidez que se complicou por pré-eclâmpsia, podendo ocorrer episódios (após as 20 semanas de gestação) durante o parto ou nas primeiras 48 horas do período pós-parto. A incidência de morte materna e mortalidade perinatal nas mulheres com eclampsia é elevada. Tanto a pré-eclâmpsia como a eclampsia dizem respeito ao mesmo problema, porém a pré-eclâmpsia precede a eclampsia, sendo esta, a forma mais grave da doença.

Sendo a pré-eclâmpsia definida como uma doença multissistêmica e se caracterizando com um conjunto de sinais e sintomas como: pressão arterial (PA) elevada (PA sistólica \geq 140 mmHg ou PA diastólica \geq 90 mmHg), com aparecimento pela primeira vez após 20 semanas de gestação, associada a proteinúria e podendo estar sobreposta a outro estado hipertensivo, torna-se necessário tomar medidas para evitar complicações mais graves, como o acompanhamento pré-natal de qualidade, tornando o enfermeiro como papel principal na assistência e identificação precoce das intercorrências obstétricas (FERREIRA et al., 2019).

As complicações materno-fetais como descolamento prematuro da placenta, acidente vascular cerebral, edema agudo de pulmão, insuficiência renal, agravamento do quadro clínico para pré-eclâmpsia grave, eclampsia e entre outros, é necessário fazer o tratamento da pré-eclâmpsia, possuindo o objetivo de prevenir essas complicações. A gestante deve ser internada e permanecer em repouso relativo, decúbito lateral esquerdo,

favorecendo o retorno venoso, aumento do débito cardíaco e fluxo plasmático renal, além de uma dieta hipossódica contendo 2 a 3 gramas de sal e rica em proteínas (KAHHALE et al., 2018).

Como forma de tratamento definitivo da pré-eclâmpsia, seria a realização do parto, pois existem vários fatores associados, como a idade gestacional (IG), a gravidade, o bem-estar fetal e a presença ou não de complicações. Quando não é possível a interrupção da gravidez, outras condutas tem sido adotadas como: corticoterapia para aceleração da maturidade pulmonar fetal, tratamento com anti-hipertensivos, expansão do volume plasmático, hospitalização e terapia anticonvulsivante com o sulfato de magnésio, sendo necessário que a gestante mantenha sua pressão arterial controlada, boa alimentação e repouso (SILVA et al., 2017).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), quando há ocorrências de convulsões em mulheres com pré-eclâmpsia se caracteriza o quadro de eclampsia. Como conduta clínica, possui como visão o tratamento das convulsões, hipertensão, distúrbios metabólicos, cuidados e controles gerais. Os cuidados gerais são: manter o ambiente tranquilo, o mais silencioso possível, decúbito elevado a 30° com a face lateralizada, cateter nasal com oxigênio (5l/min), punção de veia central ou periférica calibrosa, e cateter vesical contínuo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), a maioria das mortes por pré-eclâmpsia e eclampsia podem ser evitadas através dos cuidados no tempo certo e são eficazes as mulheres que estão com essas complicações, sobretudo pelas ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco e detecção precoce dos sinais e sintomas. Manter a saúde no período gestacional é muito importante e a assistência de enfermagem durante esse período é fundamental, pois o enfermeiro deve acompanhar a gestante de forma contínua e integral, além de orientar quanto aos cuidados necessários que ela deve tomar em relação aos problemas de saúde.

A assistência as gestantes com esse tipo de risco são muito importantes dentro da enfermagem, porque o enfermeiro deve estar preparado para prestar cuidados a todos os tipos de clientes, sendo fundamental que a gestante esteja inscrita no Serviço de Pré-natal, onde o enfermeiro deve ter conhecimento em como fazer a entrevista de enfermagem para supervisionar a terapêutica médica, verificando se a gestante tem seguido as orientações e elaborar um plano de cuidados que tragam resultados.

Para o profissional de enfermagem é muito importante esse tema, pois acrescenta conhecimento a sua formação sobre a correlação entre algumas das variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, raça/cor autodeclarada e ocupação), ginecológicas (idade da primeira gestação e número de gestações anteriores) e condições de saúde e hábitos de vida (histórico de hipertensão arterial, uso de métodos contraceptivos hormonais, bebidas alcóolicas e prática de atividade física) com a mortalidade materna.

Nesse sentido, questiona-se: qual a correlação entre perfil, condições clínicas e ginecológicas da gestante e mortalidade materna por eclampsia na região do Alto Sertão Produtivo Bahia? Para ajudar na busca por respostas a tal questionamento, delimitou-se como objetivo analisar a correlação entre perfil, condições clínicas e ginecológicas da gestante e mortalidade materna por eclampsia na região do Alto Sertão Produtivo Bahia.

Tem-se como hipótese que a correlação entre perfil, condições clínicas e ginecológicas da gestante e mortalidade materna por eclampsia na região do Alto Sertão Produtivo Bahia, pode ser alta em detrimento dos hábitos de vida adotado pelas mulheres, assim como, pelo perfil sociodemográfico. Os possíveis fatores associados são: hipertensão arterial, baixo nível socioeconômico, histórico familiar de hipertensão, gestação tardia, hábitos alimentares inadequados e falta de prática de atividade física.

MATERIAIS E MÉTODO

Foi um estudo de corte transversal, correlacional e retrospectivo com aporte em cálculos bioestatísticos, que compôs o projeto guarda-chuva “Panorama da síndrome HELLP na microrregião do Alto Sertão Produtivo Baiano”. A fase da pesquisa dos dados foi desenvolvida em um Hospital Geral do Estado, na microrregião de Guanambi-BA, referência para as cidades do Alto Sertão Produtivo Baiano.

Os estudos transversais forneceram informações sobre distribuição e características de eventos que envolveram a etiologia de doenças a serem investigadas em uma determinada população, sendo esses antigos ou novos; além de permitirem associação entre fatores (determinantes ou condicionantes) e doenças. Por sua vez, os retrospectivos contribuíram para o levantamento de dados que estavam relacionados aos agravos à saúde de pessoas em algum momento do passado, ou seja, em um instante de tempo remoto (MEDONHO et al., 2006).

O estudo foi desenvolvido na cidade de Guanambi-BA, no Hospital Regional de Guanambi (HRG), sendo uma unidade de referência em pronto atendimento (urgência e emergência) para a região do Alto Sertão Produtivo Baiano. O Hospital tem implantado uma maternidade com alojamento conjunto para gestantes e neonatos, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, uma Unidade de Terapia Intensiva e uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, além do berçário de alto risco. O Alto Sertão Produtivo, que comporta o Hospital cenário do estudo, tem uma abrangência de 19 municípios, com pouco mais de 400.000 habitantes (COUTO et al., 2019).

Foram utilizados todos os prontuários das parturientes que deram entrada no Hospital Geral de Guanambi apresentando quadro síndrome hipertensivas graves. Ressalta-se que há uma média de 450 atendimentos obstétricos por mês no serviço hospitalar em questão, com gestantes/parturientes, a termo, pré ou pós termo, com ou sem qualquer tipo de complicação, oriundas de todas as cidades que compõe o Alto Sertão Produtivo Baiano.

Delineou-se uma amostra intencional e não probabilística, uma vez que a pretensão foi a realização da coleta e análise de todos os casos registrados nos prontuários nos últimos 5 anos anteriores a coleta (de 2015 a 2019). Esse recorte temporal foi delimitado pela própria Direção do Hospital e indicado pela Comissão de Ensino e Pesquisa do referido Hospital, visto que os prontuários dos anos anteriores a 2015 não estavam disponíveis para consulta por estarem passando pelo processo de informatização.

Tal condição teve que ser acatada pela coordenação e equipe de pesquisa do projeto que ancorou essa presente investigação, para que fosse liberada a coleta de dados nos prontuários. Foi dispensado o recurso de cálculo amostral, visto que as síndromes hipertensivas graves não são tão frequentes e são poucas mulheres acometidas, além disso os pesquisadores decidiram por utilizar todos os prontuários disponibilizados pela instituição.

Os critérios de inclusão foram: todos os casos da síndrome hipertensivas graves que ocorreram nos anos de 2015 a maio de 2019 e que continha pelo menos 70% das informações pertinentes ao estudo registradas. Já os critérios de exclusão foram os prontuários que estiveram danificados e incompletos e cujas letras estavam ilegíveis. Dessa forma, foram excluídos apenas 05 prontuários por não ter os dados clínicos completos da paciente, além de estar danificado, sendo verificados ao final 166.

Deve ser mencionado que em alguns prontuários houve falha/falta de registros pertinentes às condições das gestantes/parturientes que compuseram os prontuários incluídos na amostra, por isso os autores determinaram aleatoriamente, que os prontuários que tivesse pelo menos 70% dos registros preenchidos e legíveis. Foram utilizados dois formulários (no formato de checklist), elaborados pelos pesquisadores envolvidos no estudo. Os *checklists* eram compostos de questões estruturadas referentes à caracterização das mulheres, hábitos de vida, condições de saúde-doença pregressas (delas e dos familiares), dos seus conceitos e às variáveis dependentes e independentes a serem levantadas sobre as condições e implicações de saúde e vitalidade materno e fetais durante o pré-natal, pré-parto, parto e puerpério imediato.

Para esse estudo em questão, foram consideradas apenas variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, saúde sexual e variáveis maternas. As variáveis maternas adotadas para este estudo foram: dados sócio demográficos, condições de saúde e hábitos de vida, variáveis ginecológicas, condições clínicas da gestação atual durante o trabalho de parto e parto.

Os dados foram organizados no software Microsoft Excel 2016, diariamente na medida em que a coleta diária era finalizada. A análise ocorreu durante os meses de maio de junho de 2021 através do software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22, utilizando a técnica frequência absoluta, relativa; em seguida foram verificadas as correlações com o X^2 (qui-quadrado) de Pearson.

A pesquisa obedeceu aos princípios éticos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Superior de Guanambi, parecer nº 3.111.059/2019, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 02759918.7.0000.8068. Os pesquisadores levaram em consideração os princípios do sigilo, respeito à dignidade humana e autonomia, mesmo a coleta tendo acontecido mediante informações nos prontuários (BRASIL, 2012). Além disso, houve a dispensa dos termos de consentimento livre e esclarecido, pois não houve interpelação direta às pacientes. Para tanto, os pesquisadores assinaram o termo junto ao hospital de termo de compromisso com a proteção dos dados e o termo de confidencialidade.

RESULTADOS

A partir da análise dos dados em relação à caracterização geral das gestantes do estudo, reveladas nos 166 prontuários incluídos (Tabela 1), os resultados apontaram que

a maioria tinha idade entre 25 a 35 anos (40,4%), encontravam-se casadas/união estável (76,5%), com nível médio de escolaridade (54,8%), cor autodeclaradas parda (47%) e preta (27,7%), da religião católica (61,4%) e em sua maioria trabalhavam na zona rural (44,6%) ou eram do lar (33,1%).

Tabela 1 – Caracterização das participantes segundo as variáveis sociodemográficas. Guanambi, BA, Brasil, 2019, N=166.

Variáveis	N	%
Idade		
Menor de 18 anos	21	12,6
18 a 24 anos	33	19,9
25 a 35 anos	67	40,4
Acima de 35 anos	45	27,1
Estado civil		
Casada/ em união estável	127	76,5
Solteira	39	23,5
Escolaridade		
Não alfabetizada	15	9,0
Fundamental	39	23,5
Médio	91	54,8
Superior	21	12,7
Renda individual (salário mínimo)		
< 1 salário mínimo	76	45,7
1 a 3 salários mínimos	69	41,6
+ de 6 salários mínimos	21	12,7
Raça/Cor autodeclarada		
Branca	31	18,7
Parda	78	47,0
Preta	46	27,7
Amarela	05	3,0
Indígena	06	3,6
Religião		
Católica	102	61,4
Evangélica	43	25,9
Outra	21	12,7
Ocupação		
Trabalho remunerado	37	22,3
Do lar	55	33,1
Trabalho Rural	74	44,6

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto as variáveis ginecológicas das participantes do estudo (Tabela 2), nota-se que a maioria apresentou menarca entre 10 a 13 anos (61,4%); a idade de sexarca foi com

menos de 15 anos (32,5%) e na idade entre 16 e 19 anos (28,9%). Destaca-se que (19,3%) delas não tiveram essa informação registrada em prontuário. Quanto ao número de parceiros houve pouca diferença percentual entre aquelas que tiveram 01 a 03 (31,3%) e as demais que se relacionaram com 04 a 06 parceiros (27,1%). Para a idade da primeira gestação o maior percentual foi entre aquelas com idade de 18 a 24 anos (45,8%), além da maior parcela delas ter tido 02 filhos (41,5%). Cerca de 60,8% não sofreram situação de abortamento. Destaca-se também que 50% já amamentaram e 61,5% não tinha histórico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Tabela 2 – Distribuição das participantes segundo as variáveis ginecológicas. Guanambi, BA, Brasil, 2019, N=166.

Variáveis	N	%
Menarca		
antes dos 10 anos	03	1,8
10 a 13 anos	102	61,4
maior que 13 anos	39	23,5
não sabe	22	13,3
Idade sexarca		
menor que 15 anos	54	32,5
16 a 19 anos	48	28,9
20 a 24 anos	17	10,3
maior que 24 anos	15	9,0
Sem registro no prontuário	32	19,3
Número de parceiros (as) sexuais		
1 a 3	52	31,3
4 a 6	45	27,1
maior que 6	37	22,3
não sabe	32	19,3
Idade da primeira gestação		
menor que 18 anos	23	13,8
18 a 24 anos	76	45,8
25 a 34 anos	38	22,9
maior que 35 anos	29	17,5
Número de gestações anteriores		
0	14	8,4
1	43	25,9
2	69	41,5
3	11	6,6
4 ou mais	29	17,6
Já passou por abortamento?		
Sim	26	15,7
Não	101	60,8
Sem registro no prontuário	39	23,5
Amamentação dos (as) filhos (as)		

Amamentou	83	50,0
Não amamentou	34	20,5
Sem registro no prontuário	49	29,5
Histórico de Infecções Sexualmente Transmissíveis		
Sim	19	11,4
Não	102	61,5
Sem registro no prontuário	45	27,1

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação as variáveis referentes às condições de saúde e hábitos de vida (Tabela 3), percebe-se que a maioria não tinha histórico de diabetes (57,2%) e hipertensão arterial (53%). Todavia, o maior percentual esteve entre aquelas com histórico familiar de diabetes e hipertensão arterial, respectivamente com (46,4%) e (50,6%). Há de ser destacado na tabela 03 o quantitativo mínimo, porém importante, de algumas mulheres que não tiveram as informações acima referidas registradas no prontuário.

Tabela 3 – Distribuição das participantes segundo condições de saúde e hábitos de vida. Guanambi, BA, Brasil, 2019, N=166.

Variáveis	N	%
Histórico de Diabetes		
Sim	48	28,9
Não	95	57,2
Sem registro no prontuário	23	13,9
Histórico de Hipertensão Arterial		
Sim	56	33,7
Não	88	53,0
Sem registro no prontuário	22	13,3
Histórico Familiar de Diabetes		
Sim	77	46,4
Não	56	33,7
Sem registro no prontuário	33	19,9
Histórico Familiar de Hipertensão Arterial		
Sim	84	50,6
Não	53	31,9
Sem registro no prontuário	29	17,5
Uso de métodos contraceptivos hormonais		
atualmente não, mas fez uso	85	45,8
nunca fez uso	56	31,9
Sem registro no prontuário	25	15,1
Uso de preservativo		
sempre	12	7,2
com frequência	28	16,9
às vezes	45	27,1
raramente	21	12,6
Nunca	29	17,5

Sem registro no prontuário	31	18,7
Bebidas alcoólicas		
faz uso	15	9,0
não faz uso, mas já fez uso	36	21,7
nunca fez uso	81	48,8
Sem registro no prontuário	34	20,5
Tabaco		
faz uso	13	7,8
não faz uso, mas já fez uso	34	20,5
nunca fez uso	93	56,0
Sem registro no prontuário	26	15,7
Uso de drogas ilícitas		
já fez uso	09	5,4
não faz uso, mas já fez uso.	14	8,4
nunca fez uso	82	49,4
Sem registro no prontuário	61	36,8
Prática de atividade física		
Sim	24	14,5
às vezes	51	30,7
Não	36	21,7
Sem registro no prontuário	55	33,1

Fonte: dados da pesquisa.

Ainda conforme os dados apresentados na tabela 03, a maioria referiu ter feito uso de métodos anticoncepcionais no período anterior à gestação (45,8%); às vezes utilizaram o preservativo (27,1%) durante as relações; (15,1%) não possuía esse registro no prontuário. Além disso houve o maior percentual entre aquelas que nunca fizeram uso de bebidas alcoólicas (48,8%), nem fumaram (56%) e nem referiram ter usado drogas ilícitas (49,4%) alguma vez na vida. Quanto à prática de atividade física (21,7%) não realizam atividade física com frequência e a maior parte (33,1%) não tiveram esse registro no prontuário.

Conforme as variáveis da (Tabela 04), em que as condições clínicas da gestação atual durante o trabalho de parto e pós-parto, percebeu-se que a maioria delas eram secungestas (47,6%), com idade gestacional em semanas no diagnóstico de pré-eclâmpsia grave, foi de 20 semanas (35%), seguido daquelas acima de 22 semanas (30,7%). Quanto ao tempo entre o diagnóstico e o parto foi acima de 16 semanas (38,6%). Acerca da presença dos sintomas de gravidade, evidenciou-se que (53,6%) tiveram pelo menos dois dos sintomas. Destaca-se que (61,5%) não apresentaram lesões neurológicas.

Tabela 4 – Distribuição das participantes segundo condições clínicas da gestação atual durante o trabalho de parto e parto. Guanambi, BA, Brasil, 2019, N=166.

Variáveis	N	%
Paridade		
Primigesta	56	33,7
Secungesta	79	47,6
Multigesta	31	18,7
Idade gestacional em semanas no diagnóstico de pré-eclampsia grave		
antes de 20 semanas	11	6,6
20 semanas	58	35,0
21 e 22 semanas	46	27,7
acima de 22 semanas	51	30,7
Tempo entre o diagnóstico e o parto		
anterior a 11 semanas	12	7,2
11 a 13 semanas	39	23,5
14 a 16 semanas	51	30,7
acima de 16 semanas	64	38,6
Presença de sintomas de gravidade		
apenas 01 sintoma	48	28,9
dois sintomas	89	53,6
todos os sintomas	29	17,5
Lesões neurológicas		
Sim	17	10,2
Não	102	61,5
Sem registro no prontuário	47	28,3
Alteração do padrão respiratório		
Sim	46	27,7
Não	84	50,6
Sem registro no prontuário	36	21,7
Edema Agudo de Pulmão		
Sim	18	10,8
Não	89	53,6
Sem registro no prontuário	59	35,6
Insuficiência renal		
Sim	37	22,3
Não	102	61,4
Sem registro no prontuário	27	16,3
Lesão Hepática		
Sim	14	8,4
Não	109	65,7
Sem registro no prontuário	43	25,9
Descolamento prematuro de placenta		
Sim	21	12,7
Não	113	68,1
Sem registro no prontuário	32	19,2
Exames Laboratoriais		
não solicitou nenhum exame	06	3,6
apenas hemograma e proteinúria de 24 horas	37	22,3
apresenta todos os exames	84	50,6
Sem registro no prontuário	39	23,5
Iminência de eclampsia		

Sim	86	51,8
Não	53	31,9
Sem registro no prontuário	27	16,3
Eclampsia		
Sim	47	28,3
Não	112	67,5
Sem registro no prontuário	07	4,21
Mortalidade Materna		
Sim	27	16,3
Não	139	83,7

Fonte: dados da pesquisa.

Conforme a tabela 04, dentre aquelas gestantes (50,6%) não apresentaram alterações do padrão respiratório. Destaca-se que (53,6%) não apresentam edema agudo de pulmão, que (61,4%) não apresentaram insuficiência renal; cerca de (65,7%) não apresentaram lesão hepática. Nas demais implicações maternas evidencia-se que (68,1%) não tiveram descolamento prematuro de placenta. Chama atenção o fato de que todos os exames foram realizados em (50,6%) mulheres, cujos registros se apresentam completos no prontuário, cerca de (51,8%) apresentam quadro de iminência de eclampsia; a minoria evoluiu para eclampsia (28,3%). Devendo-se destacar que dentre as mulheres que evoluíram com Eclampsia, cerca de (16,3%) vieram à óbito.

No modelo final de avaliação (Tabela 5), após análise dos resultados com o teste de correlação de p de Pearson, obteve-se significância estatística ($p < \text{ou} = 0,05$) a correlação que se estabeleceu entre algumas das variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, raça/cor autodeclarada e ocupação), ginecológicas (idade da primeira gestação e número de gestações anteriores) e condições de saúde e hábitos de vida (histórico de hipertensão arterial, uso de métodos contraceptivos hormonais, bebidas alcóolicas e prática de atividade física) com a mortalidade materna.

Tabela 5 – Correlações significantes entre as variáveis sociodemográficas, condições ginecológicas, condições de saúde / hábitos de vida e condições clínicas da gestação atual com a mortalidade materna. Guanambi, BA, Brasil, 2019, N=166.

Variáveis	Mortalidade Materna				Valor de p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Idade					0,013
Menor de 18 anos	00	0,0	21	100,0	
18 a 24 anos	00	0,0	33	100,0	
25 a 35 anos	09	13,8	58	86,7	
Acima de 35 anos	18	40,0	27	60,0	

Escolaridade					
Não alfabetizada	11	78,6	03	21,4	- 0,021
Fundamental	09	23,1	30	76,9	
Médio	05	5,5	86	94,5	
Superior	02	9,5	19	90,5	
Raça/cor auto declarada					
Branca	04	9,8	37	90,2	0,036
Parda	10	11,5	68	87,2	
Preta	12	26,1	34	73,9	
Amarela	01	16,7	05	83,3	
Indígena	00	0,0	06	100,0	
Idade da Primeira Gestação					
menor que 18 anos	02	8,7	21	91,3	0,002
18 a 24 anos	05	6,6	71	93,4	
25 a 35 anos	09	23,7	29	76,3	
maior que 35 anos	11	37,9	18	62,1	
Histórico Hipertensão Arterial					
Sim	18	32,1	38	67,9	- 0,019
Não	04	2,5	84	95,6	
Sem registro no prontuário	05	22,7	17	77,3	
Histórico Familiar de Hipertensão Arterial					
Sim	21	25,0	63	75,0	- 0,011
Não	00	0,0	53	100,0	
Sem registro no prontuário	06	20,7	23	79,3	
Uso de métodos contraceptivos hormonais					
atualmente não, mas fez uso	19	22,4	66	77,6	-0,042
nunca fez uso	03	5,4	53	94,6	
Sem registro no prontuário	05	20,0	20	80,0	
Bebidas alcoólicas					
faz uso	06	40,0	09	60,0	-0,024
não faz uso, mas já fez uso	13	36,1	23	63,9	
nunca fez uso	02	2,5	79	97,5	
Sem registro no prontuário	06	17,6	28	82,4	
Paridade					
primigesta	15	26,8	41	73,2	-0,003
secungesta	06	7,6	73	92,4	
multigesta	06	19,4	25	80,6	
Presença de sintomas de gravidade					
apenas 01 sintoma	04	8,3	44	91,7	0,007
dois sintomas	12	13,5	77	86,5	
todos os sintomas	11	37,9	18	62,1	
Lesões neurológicas					
Sim	08	47,1	09	52,9	-0,047
Não	07	6,9	95	93,1	
Sem registro no prontuário	12	25,5	35	74,5	
Alteração do padrão respiratório					
Sim	19	41,3	27	58,7	-0,003
Não	05	6,0	79	94,0	

Sem registro no prontuário	03	8,3	33	91,7	
Descolamento prematuro de placenta					-0,001
Sim	07	33,3	14	66,7	
Não	16	14,2	97	85,8	
Sem registro no prontuário	04	12,5	28	87,5	
Iminência de eclampsia					-0,031
Sim	21	24,4	65	75,6	
Não	00	00	53	100,0	
Sem registro no prontuário	06	22,2	21	77,7	
Eclampsia					-0,026
Sim	20	42,6	27	57,4	
Não	06	5,4	106	94,6	
Sem registro no prontuário	01	14,3	06	85,7	

Fonte: dados da pesquisa.

Na tabela 05, a idade apresentou correlação estatisticamente significativa ($p=0,013$), em que entre as participantes do presente estudo, aquelas com idade mais elevada, veio a óbito. Na medida em que aquelas com menor nível de escolaridade não alfabetizadas ou que tinham apenas o ensino fundamental, a mortalidade materna foi ocorrente ($p= -0,021$). Da mesma forma, que quanto escura foi a cor da pele da mulher (parda ou preta), aumentou-se a possibilidade de mortalidade materna pela Eclampsia ($p=0,036$). Além disso, a ocupação teve correlação com a mortalidade materna pela Eclampsia ($p= -0,026$).

A idade da primeira gestação e número de gestações anteriores tiveram correlações significativas com a mortalidade materna, respectivamente ($p=0,002$) e ($p= -0,003$): assim, quanto mais próxima a mulher chega ao extremo de idade, maior possibilidade tem de vir a óbito por tal toxemia, sendo a mortalidade mais presente entre aquelas de 25 a 35 anos de idade (23,7%) ou acima de 35 anos (37,9%). Dentre as condições de saúde e hábitos de vida com correlações fidedignas com a mortalidade materna, o histórico de hipertensão arterial teve ($p= -0,019$), uso de métodos contraceptivos hormonais ($p= -0,042$) (quando as mulheres que faziam uso foram as que vieram a óbito), bebidas alcólicas com ($p= -0,024$) (aquelas que faleceram em decorrência da síndrome, a maioria fazia uso regular ou já havia feito de bebida alcólica) e quanto mais há a evidência dos sintomas de gravidade, seja com dois sintomas (13,5%) ou todos os sintomas (37,9%), aumenta-se a possibilidade de mortalidade materna pela Eclampsia ($p= -0,026$).

DISCUSSÃO

Segundo o Manual de Gestação de Alto Risco FEBRASGO (2011), a incidência de eclâmpsia   variável, sendo mais predominante nos países em desenvolvimento, 1,3 para cada 1.000 partos, variando de 0,6 em países desenvolvidos até 4,5 nos países em desenvolvimento. O Brasil por ser um país em desenvolvimento se encaixa, pois, a incidência por eclâmpsia é de 0,6% (ABALOS et al., 2013). Em áreas desenvolvidas a prevalência estimada é de 0,2%, com taxa de mortalidade materna de 0,8%, nas áreas menos desenvolvidas aumenta para 8,1% e taxa de mortalidade materna de 22% (RAMOS et al., 2017). Na região do Alto Sertão Produtivo Bahia, 42,6% das mulheres está correlacionado a mortalidade materna com a eclâmpsia.

O fator sociodemográfico acaba impactando de uma forma padrão na evolu o da pr -eclâmpsia grave para eclâmpsia (idade, estado civil, nível de escolaridade, renda individual, raça/cor, religião e ocupa o) sendo assim, tendo que lidar com inúmeras dificuldades e adversidades (SOARES et al., 2019). Outro fator que pode ser posto em conta é a região na qual está localizado, pois existem lugares que não prov m dos recursos necessários para que se consiga cuidar dessa mulher adequadamente, muitas vezes tendo que ser destinada a um outro local onde se pode deparar com vários problemas para conseguir realizar essa mudança, como a alta demanda de atendimentos causando uma demora para que o mesmo seja realizado, todos esses fatores se aliam a contribui o para que se desenvolva a Eclâmpsia, podendo chegar a levar a gestante a  bito (FERREIRA; PISSETTI; SILVA, 2019).

De acordo com os resultados desse presente estudo as variáveis ginecológicas, histórico familiar, condi o de saúde, hábitos de vida e condi o clínicas apresentadas, são importantes marcadores para a detec o de fatores de risco para as síndromes hipertensivas da gravidez, de um modo geral, visto que a Eclâmpsia é a forma grave da pr -eclâmpsia, o que coaduna com estudo anterior desenvolvido no ano de 2016, através de uma pesquisa biográfica (ZANATELLI et al., 2016).

Uma Publica o Oficial da Federa o Brasileira das Associa es de Ginecologia e Obstetrícia, diz que a pr -eclâmpsia pode evoluir para situa o de maior gravidade como a eclâmpsia, acidente vascular cerebral hemorrágico, síndrome de HELLP, insuficiência renal, edema agudo de pulmão e a morte (FEBRASGO, 2019).

Conforme análise secundária da Pesquisa Global da OMS sobre saúde materna e perinatal, relata que o alto  ndice de massa corporal (IMC), nuliparidade, ausência de

cuidados pré-natais, hipertensão crônica, diabetes gestacional, doença cardíaca ou renal, pielonefrite ou infecção do trato urinário e anemia grave foram considerados como fatores de riscos significativos de pré-eclâmpsia e eclampsia (BILANO et al., 2014).

A idade acima de 35 anos, em que se obteve mais óbitos de mortalidade materna no Alto Sertão Produtivo Bahia (40%), um estudo aponta que na faixa de idade mais avançada o aparecimento de doenças crônicas, mortalidade materna, pré-eclâmpsia e suas complicações são mais frequentes e sendo um motivo de preocupação relacionada a gestação e sua evolução (CAETANO; NETTO; MANDUCA, 2011).

As condições clínicas da gestação atual durante o trabalho de parto e parto também apresentaram resultados significantes, como paridade, presença de sintomas de gravidade, lesões neurológicas, alterações do padrão respiratório, descolamento prematuro de placenta, iminência de eclampsia e eclampsia. Um estudo anterior apontou que a melhor forma de cura das síndromes hipertensivas da gestação seria a interrupção da gestação, em que a taxa de parto cesáreo em mulheres portadoras de eclampsia foi de 84,8% (LINHARES et al., 2014).

Os resultados que o presente estudo apresentou sobre a variável sociodemográfica idade para mortalidade materna, se correlaciona com a literatura, pois segundo o estudo desenvolvido no Ceará, sobre Pré-eclâmpsia e Mortalidade Materna, na faixa etária entre 20 e 34 anos foi a que mais prevaleceu em mortalidade materna, onde as principais causas de morte materna foram hemorragia e pré-eclâmpsia, podendo evoluir para a eclampsia (CORTINHAS et al., 2019), onde percebeu-se que no Alto Sertão Produtivo Bahia (13,8% dentre aquelas que morreram), apresentou correlação significativa com essa faixa etária, no valor de ($p=0,013$).

Em relação a raça/cor auto declarada, segundo o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (2007), entre as mulheres pretas 35,3% com doença hipertensiva específica da gestação (eclampsia e a pré-eclâmpsia), representou a primeira causa de óbito entre as categorias raça/cor consideradas, demonstrando que o presente estudo corrobora com a literatura em que o percentual de mortalidade materna por raça/cor auto declarada para mulheres pretas foi de (26,1%), demonstrando que as mulheres negras tem mais chance de evoluir a óbito.

Em relação as mulheres sem escolaridade foram apresentadas 11% no presente estudo, onde se correlaciona com a literatura, em que 66,1% das mulheres que morreram por pré-eclâmpsia/eclampsia tinham até oito anos de estudo incompletos e o risco de

morte materna foi 22 vezes maior para as mulheres sem nenhuma escolaridade. Demonstrando que quanto menor a escolaridade da mulher, maior a possibilidade de contribuir com a mortalidade materna (SOARES et al., 2009).

Segundo o Guia de Orientação para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (2019), o tabagismo, uso de drogas lícitas e ilícitas, histórico familiar de hipertensão arterial crônica e diabetes, uso de medicamentos teratogênicos, ganho de peso inadequado, entre outros, são indicativos de riscos intermediários e de alto risco para mortalidade materna e se correlaciona com o presente estudo, onde demonstra que as variáveis de histórico familiar, métodos contraceptivos hormonais e uso de bebidas alcólicas contribuem para a mortalidade materna.

No presente estudo as correlações estatisticamente significantes entre as variáveis ginecológicas e aumento da mortalidade materna por Eclampsia foram idade da primeira gestação, respectivamente ($p=0,002$), pois a faixa etária acima de 35 anos de idade foi a que prevaleceu em mortalidade materna (37,9%), onde podemos observar que se correlaciona com a literatura, pois segundo o estudo sobre Impacto da Idade Materna Sobre os Resultados Perinatais e Via de Parto (SANTOS, et al. 2009), a faixa etária acima de 35 anos foi a que mais prevaleceu em mortalidade materna, onde a principal causa de morte materna foi pré-eclâmpsia, podendo evoluir para a eclâmpsia, onde observamos (59,7%) na faixa etária.

Em relação a paridade correlacionada entre as variáveis ginecológicas, com maior prevalência nas primigestas (26,8%). Segundo o estudo sobre Complicações Maternas em Gestantes com Idade Avançada (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012), onde correlaciona entre as mulheres primíparas (39,8%), com risco de mortalidade materna que se eleva proporcionalmente com a idade elevada, onde a primiparidade se mostra como fator de risco específico para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia, que pode evoluir para a eclâmpsia.

Referindo-se a eclampsia para mortalidade materna como variável de condições clínicas da gestação atual, um estudo aponta que oito óbitos entre os 179 casos de eclampsia (4,46%) em uma amostra de 35.973 partos, uma mortalidade por eclampsia específica de 22,24 óbitos para 100.000 partos (NOVO, J.L.V.G.; GIANINI, R.J., 2010). Isso demonstra que o presente estudo corrobora com a literatura, apontando que na região estudada a mortalidade por eclampsia foi de (42,6%).

CONCLUSÃO

Conclui-se que a Eclampsia apresentou um percentual relativamente alto entre a amostra incluída, de mortalidade materna. As correlações mais significativas, cujo valor de p apresentou-se menor que 0,05 foram: idade, escolaridade, raça/cor alto declarada, idade da primeira gestação, histórico de hipertensão arterial, histórico familiar de hipertensão arterial, uso de métodos contraceptivos hormonais, uso de bebidas alcóolicas, paridade, presença de sintomas de gravidade, lesões neurológicas, alteração do padrão respiratório, descolamento prematuro de placenta, iminência de eclampsia e eclampsia. Os resultados com as correlações realizadas na presente pesquisa desenvolvida no Alto Sertão Produtivo Baiano corroboraram com a literatura científica. Todavia, apenas as correlações lesões neurológicas, alteração do padrão respiratório e descolamento prematuro de placenta foram inéditas, pois não foram encontrados em resultados de estudos anteriores publicados na literatura.

No presente estudo houve algumas limitações em relação aos prontuários dos anos anteriores a 2015 que não estavam disponíveis para consulta por estarem passando pelo processo de informatização, alguns prontuários estavam danificados e incompletos e cujas letras estavam ilegíveis, outros obteve falha/falta de registros pertinentes às condições das gestantes/parturientes que compuseram os prontuários incluídos na amostra, e também por essas síndromes hipertensivas graves não serem tão frequentes e poucas são as mulheres acometidas. Portanto faz-se necessário a realização de novas pesquisas relacionadas as síndromes hipertensivas da gestação e as falhas no preenchimento de prontuários, bem como o impacto para levantamento dos indicadores de morbimortalidade materna, bem como implementação de ações de educação continuada para os profissionais de enfermagem relacionadas ao tema, com vistas no preenchimento adequado e detecção precoce dos fatores de risco.

REFERÊNCIAS

ABALOS, E.; CUESTA, C.; GROSSO, A. L.; CHOU D.; SAY, L. Estimativas Globais e regionais de pré-eclâmpsia e eclâmpsia: uma revisão sistemática. **Jornal Europeu de Obstetrícia e Ginecologia e Biologia Reprodutiva**. v.170, n.1, 2013, p.1-7.

BAHIA. Governo do Estado. **Hospital Regional de Guanambi**. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/hospital/hospital-regional-de-guanambi/>>. Acesso em: 18 de outubro de 2020.

BILANO, V.L., et al. Fatores de risco da pré-eclâmpsia/eclâmpsia e seus desfechos adversos em países de baixa e média renda: uma análise secundária da OMS. **Journal Plosone**. v.9, n.3, p. 1-9, 2014.

BRASIL. Resolução n.466, de 12 de dez. de 2012. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 03 de Outubro de 2022.

CAETANO, L.C; NETTO, L.; MANDUCA, J.N.L. Gravidez Depois dos 35 anos: Uma Revisão Sistemática da Literatura. **Rev. Min. Enferm.** v.4, n.15, 2011, p.579-587.

CAMPOS, C. J. G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.57, n.5, 2004, p.611-614.

CORTINHAS, A.B.B., et al. Pré-Eclâmpsia e Mortalidade Materna. *Revista Caderno de Medicina*. v.2, n.1, 2019, p. 63-73.

COUTO P. L. S.; GOMES, A. M. T.; ERDMANN, A. L.; BRITO, O. O.; NOGUEIRA, V. P. F.; PORCINO, C. et al. Correlação entre marcadores de vulnerabilidade social frente ao uso do preservativo por trabalhadoras sexuais. **Saúde e Pesquisa**. 2019 v. 12, n. 3, pp. 591-99, 2019.

COUTO, P. L. S., et al. Conhecimento de enfermeiros da atenção básica na detecção precoce da síndrome HELLP. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 46, n. 1, p. 1-15, 2020.

FEBRASGO. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**. Série, Orientações e Recomendações FEBRASGO. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/12-PRE_ECLAYMPSIA.pdf>. Acesso em: 06 de outubro de 2022.

FEBRASGO. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**. Pré-eclâmpsia: Informações importante para diagnosticar e tratar essa doença multifatorial. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/REVISTAZFEMINAZ-Z2019ZVOLZ47ZNZ5.pdf>>. Acesso em: 07 de outubro de 2022.

FERREIRA, E.T.M.; MOURA, N.S.; GOMES, M.L.S.; SILVA, E.G.; GUERREIRO, M.G.S.; ORIÁ, M.O.B. Características Maternas e Fatores de Risco para pré-eclâmpsia em Gestantes. **Revista Rene**, v.20, n.1, 2016, p.1-7.

FERREIRA, G.R; PISSETTI, C.W; SILVA, S.R. Perfil sociodemográfico de gestantes portadores de pré-eclâmpsia/eclâmpsia: estudo caso-controle. **Enfermagem Obstétrica**. v.2, n.1, 2015, p. 21-24.

FERREIRA, M.B.G.; SILVEIRA, C.F.; SILVA, S.R.; SOUZA, D.J.; RUIZ, M.T. Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia: revisão interativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.50, n. 2, 2016, p. 324-334.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. p. 52, 114 e 128.

GONÇALVES, Z.R; MONTEIRO, D.L.M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **FEMINA**. v.40, n.5, 2012, p.275-279.

KAHHALE, S.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. Pré-eclâmpsia. **Revista de Medicina (São Paulo)**. v.97, n.2, 2018, p. 226-234.

LINHARES, J.J., et al. Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-eclâmpsia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.6, n.36, 2014, p.259-263.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico da Gestação de Alto Risco**.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf?utm_source=blog&utm_campaign=rc_blogpost>. Acesso em: 03 de outubro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico de Pré-natal e puerpério**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 04 de outubro de 2022.

NOVO, J.L.V.G; GIANINI, R.J. Mortalidade materna por eclâmpsia. *Rev. Bras. Saúde Matern Infant.* v.2, n.10, 2010, p.209-217.b

OLIVEIRA, A. C. M.; SANTOS, A. A.; BEZERRA, A. R.; BARROS, A. M. R.; TAVARES, M. C. M. Fatores Maternos e Resultados Perinatais Adversos em Portadoras de Pré-eclâmpsia em Maceió, Alagoas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.106, n.2, 2016, p. 113-120.

OLIVEIRA, K. K. P. A.; ANDRADE, S. S. C.; SILVA, F. M. C.; MENESES, L. B. A.; LEITE, K. N. S.; OLIVEIRA, S. H. S. Assistência de Enfermagem a parturientes acometidas por pré-eclâmpsia. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. v.10, n.5, 2016, p. 1773-1780.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Recomendações da OMS para prevenção e tratamento de pré-eclâmpsia e eclâmpsia**. Disponível em:

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548335/en/>. Acesso em: 04 de outubro de 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Eclâmpsia. 2005**. Disponível em: <Microsoft Word - Eclampsia novo_3P-----ok.doc (who.int)>. Acesso em: 07 de novembro de 2021.

Prefeitura de Guanambi. **A Cidade**. Disponível em: <http://www.guanambi.ba.gov.br/texto/a_cidade>. Acesso em: 17 de outubro de 2022.

RAMOS, J. G. L.; SASS, N.; COSTA, S. H. M. Pré-eclâmpsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e obstetrícia**. v.39, n.9, 2017, p. 496-512.

SBIBAE. **Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein**. CONASS. **Conselho Nacional dos Secretários de Saúde**. MS. **Ministério da Saúde**. Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>>. Acesso em: 11 de outubro de 2022.

SANTOS, G.H.N, et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.7, n.31, 2009, p.326-334.

SAÚDE, Ministério da. Manual dos Comitês de: Mortalidade Materna. Brasília-DF: Editora MS, 2007. p.107.

SILVA, P. L. N.; OLIVEIRA, J. S.; SANTOS, A. P. O.; VAZ, M. D. T. Cuidados pré-natais e puerperais às gestantes de um centro de saúde de Minas Gerais quanto ao risco de pré-eclâmpsia: aspectos clínicos, nutricionais e terapêuticos. **Jornal of Health and Biological Sciences**. v.5, n.4, 2017, p. 346-351.

SOARES, V.M.N., et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.11, n.31, 2009, p. 566-573.

SOARES, T.C., et al. Fatores de risco relacionados a pré-eclâmpsia: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v.20, 2019, p.1-8.

ZANATELLI, C., et al. Síndromes Hipertensivas na Gestação: Estratégias para a Redução da Mortalidade Materna. **Revista Saúde Integrada**. v.9, n.17, 2016, p 73-81.

Recebido em: 10/10/2022

Aprovado em: 12/11/2022

Publicado em: 17/11/2022