



Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional

Socioeconomic and clinical profile of pregnant women with Gestational Hypertension Syndrome

Joseline Pereira Lima¹, Laiza Larissa do Nascimento Veras², Évelin Karla Félix da Silva Pedrosa², Giselle dos Santos Costa Oliveira², Maria Vilani Cavalcante Guedes¹

Objetivo: conhecer o perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. **Métodos:** estudo descritivo e exploratório, realizado na Atenção Básica, com 50 gestantes, mediante formulário. Dados analisados pela estatística descritiva. Realização de teste binomial para questões dicotômicas. **Resultados:** predominaram gestantes com idades entre 18 e 35 anos (76,0%), casadas (52,0%), dona de casa (44,0%), com ensino médio completo (64,0%), não fumante (88,0%) e não etilista (96,0%). Nunca abortaram (68,0%), fizeram cesáreas antecedentes (37,0%), portadoras de Diabetes Mellitus (24,0%), Hipertensão arterial crônica (60,0%), cardiopatas (6,0%), acima do peso (56,0%) e hemorragia durante a gestação (12,0%). **Conclusão:** prevaleceram gestantes jovens, em idade fértil, com escolaridade de nível médio e associação de outras comorbidades e fatores de risco importantes.

Descritores: Enfermagem; Saúde da Mulher; Hipertensão Induzida pela Gravidez.

Objective: to know the socioeconomic and clinical profile of pregnant women with Gestational Hypertensive Syndrome. **Methods:** descriptive and exploratory study, carried out in Primary Care, with 50 pregnant women, using form. Data analyzed by descriptive statistics. For dichotomous questions a binomial test was used. **Results:** pregnant women aged between 18 and 35 years (76.0%), married (52.0%), housewife (44.0%), with high school education (64.0%), non-smokers (88.0%) and non-alcoholic (96.0%) predominated. They had never had an abortion (68.0%), had previous cesarean deliveries (37.0%), Diabetes Mellitus (24.0%), chronic Hypertension (60.0%), and were heart disease patients (6.0%), overweight (56.0%) and had bleeding during pregnancy (12.0%). **Conclusion:** young pregnant women of childbearing age prevailed with high school education and other comorbidities and important risk factors.

Descriptors: Nursing; Women's Health; Hypertension, Pregnancy-Induced.

¹Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

²Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró. Mossoró, RN, Brasil.

Autor correspondente: Joseline Pereira Lima

Rua Celso da Costa Rego, 50, Cond. Residencial Jardim Primavera I, apto 306-A, Alto do Sumaré, CEP: 59633-760. Mossoró, RN, Brasil. E-mail: josy_enf@hotmail.com

Introdução

A gestação é um dos momentos mais esperados na vida de muitas mulheres, porém algumas patologias podem complicar e comprometer esse período. Há grande quantidade de enfermidades que podem cursar na gravidez, refletindo, de maneira danosa, na saúde do binômio materno-fetal⁽¹⁾. É importante que a gestante esteja atenta a determinados fatores, como obesidade, faixa etária, hábitos diários, alimentação e algumas doenças, como as síndromes hipertensivas, sendo este um problema preocupante.

A hipertensão na gravidez é também denominada de Síndrome Hipertensiva Gestacional, cujas complicações aumentam a incidência de morbimortalidade materna e perinatal e, juntamente, com as infecções e hemorragias, está entre as três causas de morte materna no Brasil⁽²⁾. Portanto, o conhecimento do perfil epidemiológico de gestantes com a síndrome favorece o planejamento da assistência pré-natal, a identificação precoce da patologia e o desenvolvimento de um plano terapêutico para o adequado acompanhamento destas gestantes.

A pré-eclâmpsia e a eclâmpsia são síndromes hipertensivas que ocorrem após a 20ª semana de gestação, a partir da manifestação de perda de proteína pela urina (proteinúria), com o desaparecimento dos sintomas até a 12ª semana após o parto. De acordo com o grau de comprometimento da doença, a pré-eclâmpsia pode ser classificada como leve ou grave, aquela pode apresentar valores pressóricos menos elevados, como 140/90mmHg; e a grave, geralmente, é identificada a partir da pressão arterial diastólica igual ou maior que 110mmHg, além dos sinais de encefalopatia hipertensiva, proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas, ou pela presença de 2+, em exames com fita urinária, entre outros.

Nessa mesma perspectiva, a eclâmpsia é diagnosticada em mulheres com quadro hipertensivo que desenvolvem convulsões tônico-clônicas que não seja

causada por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva generalizadas, ou o coma. Além disso, existe a pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica que ocorre quando há elevação aguda da pressão arterial, bem como o surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal⁽³⁾.

As síndromes hipertensivas que ocorrem no período gestacional acometem cerca de 6 a 8,0% das gestantes e pode ocasionar danos irreparáveis para a gestante e o feto. Por caracterizarem gestações de alto risco, as síndromes hipertensivas merecem atenção especial, com atendimento especializado, profissionais capacitados e rigor no acompanhamento. Assim, a consulta de pré-natal deve fornecer ferramentas necessárias para que a gestante possa ter gestação normal e sem intercorrências⁽⁴⁾.

Desse modo, a enfermagem tem papel importante no cuidado à gestante hipertensiva, uma vez que é capaz de direcionar a assistência para as principais fragilidades, melhorando, assim, a qualidade do atendimento e, conseqüentemente, diminuindo as futuras complicações provocadas por esse problema. Desta forma, o estudo objetivou conhecer o perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional.

Métodos

Estudo descritivo, exploratório, realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde e um Ambulatório Materno-Infantil, de um município do interior do nordeste brasileiro, referência no atendimento a gestantes de alto risco.

A população foi composta por grávidas com diagnóstico médico de Síndrome Hipertensiva Gestacional. Fizeram parte do estudo as gestantes que atenderam aos critérios de inclusão: maiores de 18 anos e que realizaram acompanhamento pré-natal no Ambulatório Materno-Infantil e em Unidades Básicas de Saúde. Foram excluídas gestantes hospitalizadas

e sem condições físicas e psíquicas de diálogo com o entrevistador.

A amostra foi probabilística, escolhida de forma aleatória simples, por meio de sorteio a partir do número de grávidas com agendamento para consultas, totalizando 50 gestantes hipertensas. Os dados foram coletados de setembro a novembro de 2017, mediante entrevistas, com utilização de formulário composto por perguntas objetivas. A coleta foi realizada em sala fechada, livre de interrupções, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, sendo expressos em frequência simples e porcentagem, através do software *Statistical Package for the Social Sciences* versão 17.0. Neste sentido, foi realizado o teste binomial para comprovar a hipótese de que as respostas Sim e Não das variáveis relacionadas aos antecedentes obstétricos e clínicos possuem a mesma proporção (50,0%). Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

O artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, conforme protocolo nº 144/2012, atendendo aos padrões éticos regidos pela Resolução 466/12.

Resultados

Os resultados foram divididos em três partes: perfil socioeconômico, antecedentes obstétricos e clínicos, e condições da gestação atual das mulheres com Síndrome Hipertensiva Gestacional. O perfil socioeconômico das gestantes investigadas encontra-se na Tabela 1.

Em relação ao perfil socioeconômico das gestantes (Tabela 1), foi possível observar que a maioria (76,0%) tinha de 18 a 34 anos, pouco mais da metade (52,0%) era casada; quase metade (44,0%), donas de casa; 64,0% com escolaridade de nível médio; 78,0% relataram renda familiar de 1 a 3 salários mínimos; e a maioria absoluta se declarou como não fumante (88,0%) e não alcoolista (96,0%).

Tabela 1 – Perfil socioeconômico das gestantes investigadas com Síndrome Hipertensiva Gestacional (n=50)

Variáveis	n (%)
Idade (anos)	
18-34	38 (76,0)
>35	12 (24,0)
Estado civil	
Casada	26 (52,0)
Solteira	7 (14,0)
União estável	17 (34,0)
Ocupação	
Dona de casa	22 (44,0)
Operadora de caixa	2 (4,0)
Cabeleireira	3 (6,0)
Doméstica	7 (14,0)
Vendedora	8 (16,0)
Agricultora	2 (4,0)
Autônoma	4 (2,0)
Manicure	2 (4,0)
Escolaridade	
Ensino Fundamental	15 (30,0)
Ensino Médio	32 (64,0)
Ensino Superior	3 (6,0)
Renda familiar (salário mínimo)	
< 1	10 (20,0)
1 – 3	39 (78,0)
> 4	1 (2,0)
Fumante	
Sim	6 (12,0)
Não	44 (88,0)
Alcoolista	
Sim	2 (4,0)
Não	48 (96,0)

Tabela 2 – Antecedentes obstétricos e clínicos das gestantes investigadas com Síndrome Hipertensiva Gestacional (n=50)

Variáveis	Sim	Não	p
	n (%)	n (%)	
Abortos	16 (32,0)	34 (68,0)	0,015*
Gestas prévias	37 (74,0)	13 (26,0)	<0,001
Parto cesáreo	37 (100,0)	-	-
Parto vaginal	9 (29,8)	26 (70,2)	0,006*
Diabetes mellitus	12 (24,0)	38 (76,0)	<0,001*
Hipertensão arterial crônica	30 (60,0)	20 (40,0)	0,203
Infecção urinária	24 (48,0)	26 (48,0)	0,888
Cardiopatia	3 (6,0)	47 (94,0)	<0,001*
Tromboembolismo	-	50 (100,0)	-
Anemia	10 (20,0)	40 (80,0)	<0,001*
Dificuldade para engravidar	9 (18,0)	41 (82,0)	<0,001*

*Significância estatística ($p < 0,05$; Teste binomial)

Quanto os antecedentes clínicos (Tabela 2), observou-se que não relataram abortos (68,0%), já haviam engravidado previamente (74,0%), sendo que todas foram submetidas a partos cesáreos e apenas 29,8% a partos normais nas gestações anteriores. Considerando-se os antecedentes clínicos, percebeu-se que 76,0% não eram diabéticas, 60,0% tinham hipertensão crônica, 48,0% referiram infecção urinária, 82,0% não apresentaram dificuldade para engravidar, apenas 6,0% eram cardiopatas, nenhuma referiu tromboembolismos e 20,0% relataram ter anemia antes da gestação atual. Constatou-se, também, significância estatística quanto às ocorrências de aborto, parto vaginal, Diabetes Mellitus, cardiopatia, anemia e dificuldade para engravidar.

Tabela 3 – Condições da gestação atual das gestantes investigadas com Síndrome Hipertensiva Gestacional (n=50)

Variáveis	n (%)
Número de feto	
Único	46 (92,0)
Gemelar	4 (8,0)
Estado nutricional	
Baixo peso	2 (4,0)
Eutrofia	20 (40,0)
Acima do peso	28 (56,0)
Infecção urinária	
Sim	19 (28,0)
Não	36 (72,0)
Diabetes gestacional	
Sim	5 (10,0)
Não	45 (90,0)
Anemia	
Sim	7 (14,0)
Não	43 (86,0)
Ameaça de parto prematuro	
Sim	7 (14,0)
Não	43 (86,0)
Oligo ou polidrâmnio	
Sim	-
Não	50 (100,0)
Ruptura prematura de membrana	
Sim	-
Não	50 (100,0)
Crescimento intrauterino retardado	
Sim	-
Não	50 (100,0)
Hemorragia	
Sim	6 (12,0)
Não	44 (88,0)

A Tabela 3 mostra as condições da gestação atual, à época da pesquisa, sendo que 92,0% apresentaram gestação única, 56,0% estavam acima do peso, 28,0% referiram infecção urinária e 14,0% anemia. Além disso, 14,0% das gestantes entrevistadas também referiram ter apresentado ameaça de parto prematuro, porém nenhuma relatou oligo ou polidrâmnio, ruptura prematura da membrana nem crescimento intrauterino retardado. Relataram, ainda, em 12,0% a ocorrência de hemorragia.

Discussão

Considerou-se como limitação do estudo o método utilizado. O delineamento descritivo e exploratório impossibilitou a contribuição para evidência em enfermagem e saúde. Porém, é importante destacar que os resultados encontrados podem trazer contribuições para os serviços de enfermagem, com informações que podem direcionar ações, especialmente durante a consulta pré-natal, relacionado ao cuidado, de forma a reduzir a ocorrência de complicações provocadas pela Síndrome estudada.

A maioria entrevistada era jovem, em idade fértil, no entanto é importante enfatizar que do total de 50 gestantes, 12 (24,0%) tinham idade superior a 35 anos, sendo maior do que a média verificada na literatura, em torno de 13,0%⁽⁵⁾. Mulheres com 35 anos ou mais, geralmente, estão suscetíveis a resultados perinatais adversos e morbidade e mortalidade materna, sendo consideradas gestações tardias. Logo, as gestações em mulheres com mais de 35 anos têm sido consideradas de alto risco, em decorrência, principalmente, da incidência crescente de síndromes hipertensivas, ruptura prematura de membranas, presença de diabetes, além de maior chance do índice de Apgar no quinto minuto ser menor que sete. Desta forma, os estudos evidenciam que devido à senescência ovariana e ao aumento da frequência de doenças crônicas em mulheres nessa faixa etária, à medida que a gestação é adiada, maior a probabilidade de a mulher tornar-se suscetível a vários riscos⁽⁶⁻⁷⁾.

Quanto ao estado civil, ocupação e escolaridade, o estudo corrobora com pesquisa realizada com gestantes de alto risco, que mostrou que 52,5% das entrevistadas eram casadas, 36,1% eram donas de casa e 47,5% concluíram o ensino médio. Dentre essas variáveis, o nível de ensino merece atenção, uma vez que a baixa escolaridade pode representar fator de risco, pois está relacionada ao menor acesso à informação e ao limitado entendimento da importância dos cuidados com a saúde⁽⁸⁾.

Os dados relacionados ao etilismo e tabagismo foram ao encontro de estudo que constatou 88,0% de gestantes não etilistas e 93,6% que não faziam uso de tabaco⁽⁹⁾. O etilismo pode causar uma série de malformações, entre elas anomalias craniofaciais típicas, prejuízos no crescimento, alterações musculoesqueléticas, geniturinárias e cardíacas, disfunções do sistema nervoso central, que podem cursar com déficit mental e distúrbios comportamentais, o que caracteriza o quadro denominado Síndrome Alcoólica Fetal. O tabagismo pode estar associado a complicações obstétricas, como aborto espontâneo, prematuridade, ectopia, ruptura prematura de membranas, redução da produção de leite e morte fetal. Se correlacionado o tabagismo com o aumento de pressão arterial, as chances de complicações obstétricas são ampliadas consideravelmente⁽¹⁰⁾.

No tocante aos antecedentes obstétricos das gestantes investigadas, observou-se que 32,0% tiveram aborto e a maioria, gestas prévias. Destas, todas haviam sido submetidas ao parto cesáreo. A determinação da via de parto e o melhor momento para este evento nas gestações de alto risco representa o maior dilema vivido nesse momento. Destaca-se que a interrupção da gravidez nas gestantes com pré-eclâmpsia pode ser programada por cesárea eletiva ou indução do trabalho de parto. O risco de complicações é maior quando se realiza cesariana, destacando maior chance de complicações hemorrágicas, infecções e picos hipertensivos⁽¹¹⁾.

Fatores relevantes encontrados no estudo foram os antecedentes clínicos, isto é, a presença de

doenças crônicas e/ou infecções. O aparecimento de diabetes na gestação constitui fator de risco que favorece o desenvolvimento de crises hipertensivas. A hipertensão crônica é outro problema que merece destaque e pode ser observada antes da gravidez, antes de 20 semanas de gestação ou ser diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez, em que não se resolve até 12 semanas após o parto⁽⁵⁾. As infecções do trato urinário foram descritas em estudo como fator que pode ocasionar gravidez de risco, gerando importantes complicações no período gestacional e perinatal para o binômio mãe-filho⁽¹²⁾.

A correlação entre gestação e cardiopatia é fundamental. No Brasil, a incidência de cardiopatia na gestação supera as estatísticas internacionais, com o índice de 4,2%. Além de que, no ciclo gravídico-puerperal, universalmente, a cardiopatia é considerada a maior causa de morte materna indireta⁽¹³⁾.

Durante a gestação, o risco de tromboembolismo venoso aumenta de cinco a dez vezes, podendo chegar a 20 vezes no puerpério, quando comparado ao de mulheres não gestantes de mesma idade⁽¹⁴⁾. No presente estudo, nenhuma gestante referiu história de tromboembolismo.

Dado presente, tanto como antecedente clínico como na gestação atual, foi a anemia. As consequências da anemia são sérias, principalmente durante a gestação. A incidência de anemia varia de acordo com a característica da população estudada. Em países em desenvolvimento, a anemia pode estar associada a problemas nutricionais e outras doenças que a potencializam, como infecções e parasitoses gastrointestinais. A presença desta pode potencializar a morbimortalidade materna devido à hemorragia pós-parto. Níveis baixos de hemoglobina que correspondem à anemia moderada e grave são associados com índices aumentados de mortalidade materno-fetal, como também ao nascimento de recém-nascidos de baixo peso e prematuridade⁽¹⁵⁾.

No que diz respeito à gestação atual, observou-se que a maioria apresentou gestação única. Em relação ao estado nutricional durante a gestação, a maior

parte das gestantes relatou estar acima do peso. Atualmente, tanto o estado nutricional materno como o ganho de peso gestacional vem figurando o foco de diversos estudos, pela crescente prevalência dos distúrbios, como também devido ao papel essencial sobre os desfechos gestacionais. A obesidade materna influencia na saúde materna, no peso ao nascer, no tempo de gestação e em possíveis complicações pré e pós-parto⁽¹⁶⁾.

Outro fator relevante do estudo foi a ocorrência da Diabetes Gestacional. Estudo epidemiológico tem considerado a diabetes como fator de risco para Síndrome Hipertensiva Gestacional⁽¹⁷⁾. Assim, os fatores de risco para esses agravos, em alguns casos, são associados em uma mesma gestação, comprometendo ainda mais o curso desse processo. Portanto, o conhecimento destes é de grande relevância para o entendimento do mecanismo etiológico e planejamento de medidas de prevenção⁽¹⁸⁾.

Na Síndrome Hipertensiva Gestacional, é observada a insuficiência uteroplacentária, com repercussões fundamentais sobre o recém-nascido. Entre as complicações fetais, destacam-se a prematuridade, crescimento restrito, ruptura prematura de membrana e variações na quantidade de líquido amniótico (oligodrômio/polidrômio)⁽²⁾. Neste, foram constatados sete casos de ameaças de parto prematuro e nenhuma das outras complicações foram relatadas.

Outra complicação que merece destaque é a hemorragia. A Organização Mundial de Saúde elencou, em 2011, as cinco principais complicações obstétricas potencialmente letais, dentre estas, destacam-se a hemorragia, a pré-eclâmpsia e eclâmpsia⁽¹⁷⁾.

Conclusão

Prevaleceram gestantes jovens, em idade fértil, com escolaridade de nível médio. Ademais, evidenciaram associação de outras comorbidades e fatores de risco importantes. O conhecimento do perfil de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional é importante para que os profissionais que atuam,

principalmente no pré-natal, direcionem ações para o diagnóstico precoce e a prevenção das principais complicações que a Síndrome de pode causar.

Colaborações

Lima JP e Veras LLN contribuíram para concepção e projeto, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Pedrosa EKFS, Oliveira GSC e Guedes MVC auxiliaram na redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Todos os autores colaboraram para aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Costa ALRR, Araújo Junior E, Lima JWO, Costa FS. Fatores de risco materno associados a necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014; 36(1):29-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000100007>
2. Morais FM, Novaes JM, Silveira MCA, Araújo MJAR, Melo SM, Gontijo LS. Uma revisão do perfil clínico-epidemiológico e das repercussões perinatais em portadoras de síndrome hipertensiva gestacional. *Rev Eixo [Internet].* 2013 [citado 2018 abr. 23]; 2(1):69-82. Disponível em: <http://revistaeixo.ifb.edu.br/index.php/RevistaEixo/article/viewFile/103/51>
3. Melo WF, Oliveira BA, Saldanha HGAC, Sousa JS, Maracaja PB. A hipertensão gestacional e o risco de pré-eclâmpsia: revisão bibliográfica. *REBES [Internet].* 2015 [citado 2018 abr. 11]; 5(3):7-11. Disponível em: <http://revista.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/viewFile/3648/3288>
4. Zanatelli C, Doberstein C, Girardi JP, Posser J, Beck DGS. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégias para a redução da mortalidade materna. *Rev Sau Int [Internet].* 2016 [citado 2018 abr. 5]; 9(17):73-81. Disponível em: <http://local.cneccn.edu.br/revista/index.php/saude/index>
5. Gravena AAF, Paula MG, Marcon SS, Carvalho MDB, Pelloso SM. Maternal age and factors associated with perinatal outcomes. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(2):130-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200005>

6. Alves NCC, Feitosa KMA, Mendes MES, Caminha MFC. Complications in pregnancy in women aged 35 or older. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017; 38(4):2017-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0042>
7. Bezerra ACL, Mesquita JS, Brito MCC, Teixeira FV. Desafios enfrentados por mulheres primigestas em idade avançada. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2015; 19(2):163-8. doi: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2015.19.02.12>
8. Costa LD, Cura CC, Perondi AR, França VF, Bortoloti DS. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enferm [Internet].* 2016 [citado 2018 jan. 17]. 21(2):1-8. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44192>
9. Oliveira ACM, Graciliano NG. Hypertensive disorders of pregnancy and gestational diabetes mellitus in a public maternity hospital of a Northeastern Brazilian capital, 2013: prevalence and associated factors. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015; 24(3):441-451. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300010>
10. Lima BA, Ramalho EB, Egydio MM, Soares JM. Prevalência de fatores de risco entre gestantes do município de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil, no ano de 2010. *Braz J Surg Clin Res [Internet].* 2014 [citado 2018 fev. 02]; 6(2):34-40. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140306_190914.pdf
11. Linhares JJ, Macêdo NMQ, Arruda GM, Vasconcelos JLM, Saraiva TV, Ribeiro, AF. Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-eclâmpsia. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014; 36(6):259-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-720320140004812>
12. Carvalho CI. Infecção do trato urinário associado a gestantes e o papel do profissional farmacêutico no tratamento farmacoterapêutico. *FACIDER Rev Científ [Internet].* 2015 [citado 2018 abr. 07]. Disponível em: <http://sei-cesucol.edu.br/revista/index.php/facider/article/view/77/122>
13. Martins LC, Freire CMV, Capuruçu CA, Nunes MCP, Rezende CAL. Risk Prediction of Cardiovascular Complications in Pregnant Women With Heart Disease. *Arq Bras Cardiol.* 2016; 106(4):289-96. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160028>
14. Oliveira ALML, Marques MA. Venous thromboembolism prophylaxis in pregnancy. *J Vasc Bras.* 2016; 15(4):293-301. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.006616>
15. Townsley DM. Hematologic complications of pregnancy. *Semin Hematol.* 2013; 50(3):222-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/j.seminhematol.2013.06.004>
16. Oliveira AC, Almeida LB, Lucca A, Nascimento V. Estudo da relação entre ganho de peso excessivo e desenvolvimento de diabetes mellitus e doença hipertensiva específica na gestação. *J Health Sci Inst [Internet].* 2016 [citado 2018 abr 08]; 34(4):231-9. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2016/04_out-dez/V34_n4_2016_p231a239.pdf
17. Ferreira GR, Pissetti CW, Silva SR. Perfil sociodemográfico de gestantes portadoras de pré-eclâmpsia: estudo caso-controle. *Enferm Obstétr [Internet].* 2015 [citado 2018 abr. 7]; 2(1):25-4. Disponível em: www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/download/24/26
18. Viera Neta FA, Crisóstomo VL, Castro RCMB, Pessoa SMF, Aragão MMS, Calou CGP. Review of profile and prenatal care for women with gestational diabetes mellitus. *Rev Rene.* 2014; 15(5):823-31. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2018193175>