




Perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico de gestantes com Síndrome Hipertensiva de uma maternidade pública

Socioeconomic, demographic and obstetric profile of pregnant women with Hypertensive Syndrome in a public maternity

Perfil socioeconómico, demográfico y obstétrico de mujeres embarazadas con Síndrome Hipertensiva en un hospital de maternidad pública

Lia Maristela da Silva Jacob^a 

Artur Paiva Santos^b 

Maria Helena Baena de Moraes Lopes^a 

Antonieta Keiko Kakuda Shimo^a 

Como citar este artigo:

Jacob LMS, Santos AP, Lopes MHBM, Shimo AKK. Perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico de gestantes com Síndrome Hipertensiva de uma maternidade pública. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20190180. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190180>

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional.

Métodos: Estudo descritivo e correlacional, realizado em unidade Maternidade Escola Assis Chateaubriand, com 120 gestantes, mediante questionário analisado por estatística descritiva e analítica.

Resultados: Prevaleram gestantes com hipertensão crônica (60,83%). Quanto ao perfil socioeconômico e demográfico, prevaleceram gestantes com idade média de 30,9 ± 6,9 anos, católicas, pardas, com vínculo empregatício, união estável, ensino médio completo e renda até R\$ 954,00. Quanto ao perfil obstétrico, eram gestantes com Índice de Massa Corporal até 66, pressão arterial levemente elevada, média de cinco consultas pré-natais, duas gestações, um parto e nenhum aborto. As mulheres com hipertensão crônica eram mais velhas (p=0,0024), tinham menor idade gestacional (p=0,0219) e maior número de abortos (p=0,0140).

Conclusões: as gestantes apresentam sobrepeso/obesidade, idade média de 30,9 anos e vulnerabilidade social. As gestantes com hipertensão arterial crônica, são mais velhas e com maior número de abortos.

Palavras-chave: Enfermagem. Epidemiologia. Saúde da mulher. Hipertensão induzida pela gravidez.

ABSTRACT

Objective: To describe the socioeconomic, demographic and obstetric profile of pregnant women with Gestational Hypertensive Syndrome.

Methods: A descriptive and correlational study, conducted in Maternity School Assis Chateaubriand, with 120 pregnant women, through a questionnaire analyzed by descriptive and analytical statistics.

Results: most women had chronic hypertension (60.83%). Regarding the socioeconomic and demographic profile, most pregnant women had a mean age of 30.9 ± 6.9 years, were Catholic, brown skin color, employed, in stable unions, complete high school education, and income of up to R\$ 954.00. Regarding the obstetric profile, their Body Mass Index was up to 66, slightly elevated blood pressure, an average of five prenatal consultations, two pregnancies, one delivery and no abortions. Women with chronic hypertension were older (p = 0.0024), had lower gestational age (p = 0.0219) and a higher number of abortions (p = 0.0140).

Conclusions: Pregnant women are overweight/obese, with a mean age of 30.9 years and are socially vulnerable. Pregnant women with chronic hypertension are older and have a higher number of abortions.

Keywords: Nursing. Epidemiology. Women's health. Hypertension, pregnancy-induced.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil sociodemográfico y obstétrico de embarazadas con Síndrome Hipertensivo Gestacional.

Métodos: Estudio descriptivo y correlacional, hecho en una unidad Escuela de maternidad Assis Chateaubriand, con 120 embarazadas, utilizando un cuestionario analizado por estadísticas descriptivas e inferenciales.

Resultados: Prevalcieron las embarazadas con hipertensión crónica (60,83%). En cuanto al perfil sociodemográfico, prevalecieron las embarazadas con promedio de edad de 30,9 años, católicas, pardas, con relación laboral, unión estable, nivel de escolarización medio e ingreso de hasta R\$ 954,00. En cuanto al perfil obstétrico, eran embarazadas con Índice de Masa Corporal de hasta 66, presión arterial ligeramente alta, promedio de cinco consultas prenatales, dos embarazos, un parto y ningún aborto. Las mujeres con hipertensión crónica eran mayores (p=0,0024), tenían edad gestacional menor (p=0,0219) y mayor número de abortos (p=0,0140).

Conclusiones: Las mujeres embarazadas presentan una edad media de 30 años, un nivel sociodemográfico bajo y sobrepeso/obesidad. Las mujeres embarazadas con hipertensión arterial crónica son mayores y tienen un mayor número de abortos.

Palabras clave: Enfermería. Epidemiología. Salud de la mujer. Hipertensión inducida en el embarazo.

^a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Enfermagem. Campinas, São Paulo, Brasil.

^b Universidade Federal do Ceará (UFC), Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária. Fortaleza, Ceará, Brasil.

INTRODUÇÃO

É frequente a associação entre a hipertensão arterial e a gestação⁽¹⁾. Quanto ao contexto epidemiológico, os distúrbios hipertensivos da gravidez afetam cerca de 10% de todas as mulheres grávidas no mundo⁽¹⁻²⁾. Em países desenvolvidos, esta incidência varia entre 2 e 8% das gestações, menor que em países em desenvolvimento, como o Brasil que pode alcançar acima de 10%⁽³⁾.

Esse grupo de distúrbios hipertensivos inclui pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hipertensão gestacional e hipertensão crônica, sendo importante causa de morbidade aguda grave, incapacidade a longo prazo e morte entre mães e bebês⁽²⁾.

O diagnóstico de hipertensão arterial na gravidez é realizado quando os níveis pressóricos são iguais ou superiores a 140/90 mmHg. É classificado como pré-eclâmpsia, quando a hipertensão surge após a 20ª semana de gestação associada à proteinúria; hipertensão crônica, quando identificada antes da gestação ou antes da 20ª semana; e pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, quando a paciente apresenta hipertensão prévia e proteinúria após a 20ª semana de gestação⁽¹⁾.

A hipertensão na gravidez é também denominada de Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG), termo utilizado neste estudo para caracterização diagnóstica desta condição de saúde, cujas complicações aumentam a incidência de morbimortalidade e, juntamente, com as infecções e hemorragias, encontram-se entre as três causas de morte materna no Brasil⁽⁴⁾.

É interessante destacar fatores de risco que elevam a probabilidade de uma gestação desenvolver SHG, como: diabetes, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 30 anos, antecedentes pessoais e/ou familiares de pré-eclâmpsia, hipertensão arterial crônica e etnia⁽⁵⁾.

O acompanhamento pré-natal constitui-se uma das ações fundamentais para prevenção e tratamento da SHG, impactando de maneira positiva nos indicadores de saúde materno-infantis. Assim, o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando fim da gestação, nascimento de criança saudável e garantia do bem-estar materno e neonatal⁽⁶⁾.

Portanto, o conhecimento do perfil epidemiológico, centrado nas características socioeconômicas, demográficas e obstétricas de gestantes com a SHG, favorece o planejamento da assistência pré-natal, a identificação precoce da doença e o desenvolvimento de plano terapêutico para adequado acompanhamento de gestantes de alto risco.

A enfermagem tem papel importante no cuidado à gestante hipertensa, uma vez que é capaz de direcionar a assistência para necessidades clínicas, melhorando, assim, a qualidade do atendimento e, conseqüentemente,

prevenindo complicações provocadas por esse problema. O estudo objetiva descrever o perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico de gestantes com SHG e verificar correlação ou associação entre as variáveis.

MÉTODOS

Estudo descritivo, correlacional, exploratório, derivado da tese de doutorado intitulada “Efeito de uma intervenção educativa para a prevenção das complicações da SHG: ensaio clínico randomizado”, realizada em unidade materno-fetal de atenção terciária pública, localizada em município do nordeste brasileiro, referência no atendimento às gestantes de alto risco.

Participaram do estudo mulheres grávidas com diagnóstico médico de SHG. A idade da participante não foi considerada como critério de participação. Os critérios foram: ser alfabetizada e possuir capacidade para comunicação verbal na língua portuguesa. Os critérios de exclusão foram: idade gestacional superior a 33 semanas. Justifica-se esse critério considerando que durante o desenvolvimento do ensaio clínico randomizado envolveu duas aplicações de pós-teste após a realização da intervenção. O primeiro pós-teste foi aplicado sete dias após a intervenção e o segundo pós-teste foi aplicado 30 dias após a intervenção. Considerou-se como limite para a gestante entrar em trabalho de parto a 38ª semana de gestação para prevenir a perda de amostra. A amostra foi composta por 120 gestantes.

Os dados foram coletados de novembro de 2017 a abril de 2018, mediante entrevistas, com utilização de questionário composto por perguntas objetivas desenvolvidas pelos próprios pesquisadores. A coleta foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As variáveis quantitativas do estudo foram: idade, tempo de escolarização, renda familiar, Índice de Massa Corporal (IMC), Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD), número de consultas pré-natais da atual gestação, número antecedente de gestação, parto e aborto. As variáveis categóricas do estudo foram: religião, cor da pele, vínculo empregatício, estado civil, faixa etária, grupos de tempo de escolarização, grupos de renda familiar e tipo diagnóstico de hipertensão (crônico ou gestacional).

As variáveis de grupos de renda familiar, faixa etária e grupos de tempo de escolarização foram categorizadas por meio da mediana como ponto de corte. O IMC foi categorizado como: categoria I - acima do peso (25 – 29,99) e obesidade I (30 – 34,99); categoria II - obesidade II (35 – 39,99) e III (acima de 40).

Foi realizada estatística descritiva com contagem de frequência absoluta (n) e relativa (%) dos dados das variáveis categóricas. Os dados para as variáveis quantitativas foram

analisados por média e desvio-padrão, mediana, valor mínimo e máximo.

Empregou-se o teste não paramétrico U de *Mann-Whitney* para estatística analítica de associação entre variáveis quantitativas e categóricas, conforme distribuição anormal dos dados avaliada pelo teste de *Shapiro-Wilk*. Os valores de *p* menor ou iguais a 0,05 foram considerados significativos.

O artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 69789617.5.0000.5404), em 2 de outubro de 2017, atendendo aos padrões éticos regidos pela Resolução 466/12⁽⁷⁾.

■ RESULTADOS

Dentre as 120 gestantes com SHG, 73 apresentaram diagnóstico de hipertensão arterial crônica (60,83%) e 47 (39,17%), hipertensão gestacional. O perfil socioeconômico, demográfico e as condições obstétricas das gestantes investigadas com SHG encontram-se nas Tabelas 1 e 2, respectivamente.

Não foram observadas diferenças significativas entre as categorias de IMC com relação à PAS, PAD, tempo de escolarização, renda familiar e aos antecedentes de partos ($p > 0,05$). No entanto, foram constatadas diferenças significativas com relação ao número de consultas pré-natais da atual gestação ($p = 0,026$), antecedentes de gestações ($p = 0,008$), abortos ($p = 0,017$) e idade ($p = 0,002$) (Tabela 3).

Nas comparações entre as faixas etárias, não se evidenciou significância estatística em relação à PAS, PAD, renda familiar

e ao número de consultas pré-natais da atual gestação ($p > 0,05$). Porém, diferenças significativas foram evidenciadas em relação ao tempo de escolarização ($p = 0,043$), aos antecedentes de gestações ($p = 0,001$), partos ($p = 0,001$), abortos ($p = 0,004$) e ao IMC ($p = 0,026$) (Tabela 3).

Quando comparadas aos grupos de tempo de escolarização, não foram identificados resultados significantes com relação à PAS, PAD, ao número de consultas pré-natais da atual gestação, aos abortos, ao IMC e à idade ($p > 0,05$). Na relação com antecedentes de gestações ($p = 0,010$), partos ($p = 0,001$) e renda familiar ($p = 0,007$), foram observadas diferenças significativas (Tabela 3).

Por meio da análise do teste U de *Mann-Whitney*, quanto às categorias de renda familiar, evidenciou-se diferença significativa apenas com relação ao tempo de escolarização ($p = 0,043$). Quanto ao vínculo empregatício, observou-se diferença significativa com relação à renda familiar das gestantes ($p = 0,002$). E, para as comparações com relação ao estado civil, foi evidenciada diferença significativa com relação à PAD ($p = 0,013$).

Por fim, considerando-se o tipo de hipertensão gestacional, por meio da análise do teste U de *Mann-Whitney*, observou-se que as mulheres com hipertensão crônica eram mais velhas ($p=0,0024$), com idade média de $32,47 \pm 6,69$ anos, enquanto a idade média das demais era de $28,57 \pm 6,74$ anos, tinham menor idade gestacional ($p=0,0219$) e maior número de abortos ($p=0,0140$).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das gestantes investigadas com Síndrome Hipertensiva Gestacional (n=120)

Variáveis	n (%)
Religião	
Católica	71 (59,2)
Evangélica	35 (29,2)
Sem religião	7 (5,8)
Espírita	4 (3,3)
Outra	3 (2,5)
Cor da pele	
Parda	85 (70,8)
Branca	19 (15,8)
Negra	13 (10,8)
Amarela	3 (2,6)
Vínculo empregatício	
Sim	72 (60,0)
Não	48 (40,0)

Tabela 1 – Cont.

Variáveis	n (%)			
Estado civil				
União estável	91 (75,8)			
Solteiro	29 (24,2)			
Idade (anos)				
18 - 31	60 (50,0)			
32 - 46	60 (50,0)			
Tempo de escolarização (anos)				
6 - 11	105 (87,5)			
12 - 15	15 (12,5)			
Rede familiar (reais)				
85 - 954	61 (50,8)			
955 - 4.400	59 (49,2)			
	Média (desvio-padrão)	Mínimo	Máximo	Mediana
Renda familiar (reais)	1.149,3 (702,2)	85	4.400	954
Idade (anos)	30,9 (6,9)	18	46	31,5
Tempo de escolarização (anos)	10,0 (2,46)	6	15	11

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 2 – Condições obstétricas das gestantes investigadas com Síndrome Hipertensiva Gestacional (n=120)

Variáveis	n (%)			
Índice de Massa Corporal				
Obesidade II e III	60 (50,0)			
Acima do Peso e Obesidade I	60 (50,0)			
	Média (desvio-padrão)	Mínimo	Máximo	Mediana
Pressão arterial sistólica (mmHg)	129,86 ± 16,43	90	190	130
Pressão arterial diastólica (mmHg)	81,08 ± 13,28	30	120	80
Índice de Massa Corporal	35,26 ± 7,15	20,7	66	34,41
Número de consultas pré-natais da atual gestação	5,29 ± 2,70	1	15	5
Gestação	2,77 ± 1,72	1	8	2,5
Partos	1,18 ± 1,39	0	7	1
Abortos	0,55 ± 0,98	0	6	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 3 – Relação entre o perfil sociodemográfico e obstétrico, e categorias do Índice de Massa Corporal, Idade e Escolaridade das gestantes investigadas com Síndrome Hipertensiva Gestacional (n=120). Somente os resultados significativos são apresentados

	Índice de Massa Corporal		p-valor*
	Acima do peso e obesidade I (n = 60)	Obesidade II e III (n = 60)	
Número de consultas pré-natais da atual gravidez	53,48	67,53	0,026
Gestação	68,76	52,24	0,008
Abortos	66,9	54,1	0,017
Idade	70,27	50,73	0,002
	Idade		p-valor*
	18 a 31 (n = 60)	32 a 46 (n = 60)	
Tempo de escolarização (anos)	66,6	54,4	0,043
Gestação	47,5	73,5	0,001
Partos	47,95	73,05	0,001
Abortos	52,8	68,2	0,004
Índice de Massa Corporal	67,56	53,44	0,026
	Escolaridade (anos)		p-valor*
	6 a 11 (n = 105)	12 a 15 (n = 15)	
Gestação	63,5	39,47	0,001
Partos	64,53	32,3	0,001
Renda familiar	57,3	82,9	0,007

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

* teste não paramétrico U de Mann-Whitney

■ DISCUSSÃO

Inicialmente, é relevante considerar que a gravidez se desenvolve em um contexto sociocultural que determina sua evolução e trajetória na assistência à saúde. Diante disto, também é oportuno pontuar razões como antecedentes obstétricos e conjuntura socioeconômica e demográfica para conhecer os fatores de risco que possam interferir na saúde materno-fetal e direcionar a assistência⁽⁸⁾.

No desenvolvimento deste estudo, foram entrevistadas 120 gestantes diagnosticadas com SHG, com destaque para o perfil de que a maioria (59,2%) se declarava católica, 70,8% pardas, 60% tinham vínculo empregatício, 75,8% se encontravam em união estável, 50% composta por mulheres com idades entre 32 e 46 anos, 87,5% possuíam até 11 anos de

escolaridade e pouco mais da metade (50,8%) com renda familiar até R\$ 954,00 reais. Esses achados convergem com o perfil de gestantes de alto risco evidenciados em outros estudos nacionais⁽⁸⁻⁹⁾.

As recomendações do Ministério da Saúde para gestação de alto risco⁽¹⁰⁾, bem como dos princípios do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento⁽¹¹⁾ e da Rede Cegonha⁽¹²⁾, sugerem que as gestantes devem ter condições clínicas e obstétricas frequentemente avaliadas para identificação precoce e adequada de situações que possam causar complicações ao desenvolvimento da gravidez e, quando necessário, direcionar a gestante ao pré-natal de alto risco.

Em relação ao perfil obstétrico, 50% das mulheres encontrava-se com IMC de obesidade II e III, PAS média de 129,86 ± 16,43 mmHg e a PAD de 81,08 ± 13,28 mmHg, apresentaram

média de $5,29 \pm 2,70$ consultas pré-natais da atual gravidez e histórico médio de $2,77 \pm 1,72$ gestações, $1,18 \pm 1,39$ partos e $0,55 \pm 0,98$ abortos. Esses achados convergem com outras pesquisas, evidenciando fatores obstétricos como fatores de risco para desenvolvimento de SHG. Aponta-se que todas as participantes avaliadas possuíam diagnóstico confirmatório de SHG.

Quanto ao estado civil, à ocupação e tempo de escolarização, o estudo corrobora com pesquisa realizada com gestantes de alto risco, quanto ao perfil de maior prevalência, que mostrou 52% das entrevistadas casadas e 64% com ensino médio completo (11 anos)⁽⁴⁾, porém apresenta discordância no que diz respeito à ocupação, pois evidenciou 60% das entrevistadas com vínculo empregatício. Estudos anteriores apresentam maior prevalência para ocupação de dona de casa⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Dentre essas variáveis, o tempo de escolarização merece atenção, uma vez que o menor tempo de escolarização pode representar fator de risco para uma das complicações decorrentes à SHG⁽¹⁵⁾, pois está relacionada ao menor acesso à informação e ao limitado entendimento da importância dos cuidados com a saúde, notadamente, no que diz respeito à prevenção da gravidez precoce e história prospectiva de multigestação, pois evidenciaram-se diferenças significativas dessas variáveis entre quem tem menor tempo de escolarização.

A amostra da presente pesquisa pode ser caracterizada por condição socioeconômica e demográfica de vulnerabilidade social, devido ao menor tempo de escolarização e renda familiar, o que a torna representativa de população atendida pelo serviço público de saúde. Salienta-se que condições socioeconômicas insatisfatórias podem elevar o risco na gestação, uma vez que costumam se associar ao maior estresse e às condições nutricionais deficientes⁽¹⁶⁾.

Em relação ao estado nutricional durante a gestação, metade das gestantes relatou estar acima do peso e houve diferenças significativas, com as que apresentaram menor IMC, do número de consultas pré-natais da atual gestação, antecedentes de gestações, abortos e idade. Atualmente, tanto o estado nutricional materno como o ganho de peso gestacional vêm configurando o foco de diversos estudos, pela crescente prevalência dos distúrbios alimentares, como também devido ao papel essencial sobre os desfechos gestacionais. A obesidade materna influencia na saúde materna, no tempo de gestação e em possíveis complicações pré e pós-parto⁽¹⁶⁾.

Dentre as 120 gestantes, metade tinha idade superior a 35 anos, corroborando com achados de estudo anterior⁽¹³⁾. Mulheres com 35 anos ou mais, geralmente, estão suscetíveis a resultados perinatais adversos e morbidade

e mortalidade materna, sendo consideradas gestações tardias. Desta forma, 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 é a probabilidade de a mulher tornar-se suscetível a vários riscos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ e percebeu-se que entre as entrevistadas, o tempo de escolarização, os antecedentes de gestações, partos, abortos e o IMC foram diferentes entre mulheres mais jovens e as de idade avançada. O grupo de gestantes com hipertensão crônica tinha uma idade maior, acima dos 30 anos, o que está em acordo com a literatura⁽⁵⁾.

Estudos longitudinais e de base populacional são necessários para melhor definição dos riscos associados à ocorrência da SHG em gestantes assistidas não só no serviço público, mas também no serviço privado. A identificação e controle mais antecipado possível desses fatores poderá reduzir o impacto de possíveis intercorrências gestacionais.

O conhecimento do perfil de gestantes com SHG 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 SHG pode causar durante e após a gestação para mãe e neonato.

Portanto, é necessário que os profissionais identifiquem precocemente os fatores de risco para SHG e respectivo tratamento, possibilitando benefícios para um dos setores da Saúde Pública mais destacados atualmente, alvo dos programas de assistência materna e neonatal, diminuindo, assim, os indicadores de mortalidade deste binômio.

CONCLUSÕES

O grupo de gestantes com SHG apresenta idade média de 30,9 anos, vulnerabilidade social e sobrepeso ou obesidade. Considerando-se o tipo de hipertensão arterial, as gestantes com hipertensão arterial crônica, são mais velhas e com maior número de abortos.

Considerou-se como limitação a proposta do desenho metodológico do estudo. O delineamento descritivo e exploratório impossibilitou a contribuição para evidências de fatores de risco para SHG, delimitando-se ao cenário descritivo proposto. Porém, é importante destacar que os resultados encontrados podem trazer contribuições para serviços de saúde, com informações que podem direcionar ações, especialmente durante a consulta pré-natal.

Sendo assim, os resultados do presente estudo evidenciam a importância de conhecer e analisar os dados socio-demográficos e obstétricos da população atendida a fim de viabilizar a assistência planejada em ações prioritárias na promoção de pré-natal, parto e puerpério saudável.

■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2019 fev 23]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf
2. World Health Organization (CH). WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: WHO; 2011 [cited 2019 Feb 23]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK140555/>
3. Henderson JT, Thompson JH, Burda BU, Cantor A, Beil T, Whitlock EP. Screening for preeclampsia: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2017;317(16):1668-83. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.18315>
4. Lima JP, Veras LLN, Pedrosa EKFS, Oliveira GSC, Guedes MVC. Socioeconomic and clinical profile of pregnant women with Gestational Hypertension Syndrome. *Rev Rene*. 2018;19:e3455. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193455>
5. Nóbrega MF, Santos MTBR, Davim RMB, Oliveira LFM, Alves ESRC, Rodrigues ESRC. Profile of pregnant women with hypertensive syndrome in a public maternity. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016 [cited 2019 Apr 10];10(5):1805-11. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13560>
6. Amorim FCM, Neves ACN, Moreira FS, Oliveira ADS, Nery IS. Profile of pregnant women with pre-eclampsia. *Rev enferm UFPE on line*. 2017 [cited 2019 Apr 10];11(4):1574-83. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15225>
6. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62.
7. Rodrigues ARM, Dantas SLC, Pereira AMM, Silveira MAM, Rodrigues DP. High-risk pregnancy: analysis of health determinants. *SANARE*. 2017;16(supl 1):23-8. Portuguese. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1135/620>
8. Sbardelotto T, Pitilin EB, Schirmer J, Lentsck MH, Silva DTR, Tombini LHT. defining characteristics and factors associated with the occurrence of gestational hypertensive syndromes. *Cogitare Enferm*. 2018;23(2):e53699. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v23i2.53699>
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico.. 5ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2019 mar 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
10. Ministério da Saúde (BR). Programa Humanização no Parto: humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado 2019 mar 12]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
12. Aldrighi JD, Ribeiro SS, Wall ML, Züge SS, Souza SRRK, Piler AA. Sociodemographic and obstetric profile of women in advanced maternal age. *Rev Enferm UFSM*. 2018;8(3):423-37. Portuguese. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769225922>
13. 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 [cited 2019 Apr 13];24(3):441-51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222015000300441&script=sci_abstract&tIng=en
14. Eze ED, Barasa A, Adams MD, Rabiun KM, Ezekiel I, Sulaiman SO, et al. Determination, knowledge and prevalence of pregnancy-induced hypertension/eclampsia among women of childbearing age at Same District Hospital in Tanzania. *Int J Med Med Sci*. 2018;10(2):19-26. doi: <https://doi.org/10.5897/IJMMS2017.1343>
15. 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*. 2016 [citado 2019 mar 12];34(4):231-9. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2016/04_out-dez/V34_n4_2016_p231a239.pdf
16. 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: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0042>
17. 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: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2015.19.02.12>

Agradecimentos:

Este trabalho contou com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, por meio de bolsa de doutorado.

■ Autor correspondente:

Lia Maristela da Silva Jacob
lia_maristela@hotmail.com

Recebido: 27.05.2019
Aprovado: 06.12.2019

Editor associado:

Helga Geremias Gouveia

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti