

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RN
CURSO DE ENFERMAGEM**

Marília da Escóssia Collaço Lacerda de Souza

**A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DE UNIDADE BÁSICA NO PRÉ-NATAL
FRENTE ÀS GESTANTES COM PRÉ-ECLÂMPSIA**

**NATAL/RN
2011**

MARÍLIA DA ESCÓSSIA COLLAÇO LACERDA DE SOUZA

**A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DE UNIDADE BÁSICA NO PRÉ-NATAL
FRENTE ÀS GESTANTES COM PRÉ-ECLÂMPSIA**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem à Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN, como parte dos requisitos para obtenção ao título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Professora Doutora Maria das Graças de Paiva Nicolette

**NATAL/RN
2011**

AGRADECIMENTOS

Não podendo ser diferente, primeiramente tenho que agradecer a Deus, pois foi ele que nos momentos mais difíceis, quando os obstáculos eram tantos e pareciam maiores que eu, me mostrou o caminho, onde no final eu encontraria a luz.

Talvez essas pessoas nem saibam a importância que tiveram na minha formação, mas nos cenários de aula prática e estágios supervisionados, foram elas que com muita humildade, compreensão, paciência e sabedoria conseguiram me ensinar muito e marcar a minha vida. Foram elas: Daniele Reis(Hospital Promater), Graça Nicolete(Centro de Saúde de Nova Cidade), Yaponira(Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel), Waléria(Hospital da Unimed), Débora Gurgel(Centro de Saúde de Ponta Negra) e Josivan Costa(Unidade de Saúde da Família do Bom Pastor), que além de ser responsável por grande parte do meu conhecimento em Unidade Básica, se tornou um amigo querido e muito especial, pelo qual eu torço muito.

Aos amigos e amigas que compartilharam do meu desejo de concluir essa faculdade: Alana, Andréia, Cíntia, Gustavo, Phalas, Rebecca, Thayssa, Tuyane e Yuri.

Ao amigo, companheiro e namorado Jefferson que marcou muito a minha vida e que é muito importante para mim.

Aos colegas de faculdade, que são muitos, cada um em seu momento foi especial, os que estão comigo desde o início, quando juntos passamos dias e noites, e mais dias quebrando a cabeça juntos, compartilhando os conhecimentos de sociologia, anatomia, fisiologia, farmacologia e muitas outras e os que me aproximei mais na reta final. Amizades que quero levar para a minha vida.

A professora, preceptora e orientadora Graça Nicolete, que calmamente me incentivou a fazer, não o melhor trabalho, mas o melhor que eu pudesse, mesmo com todas as dificuldades encontradas, pois já seria o suficiente.

A toda minha família, mesmo alguns não estando no convívio diário sei que acreditam em mim, também lutaram ao meu lado por mais essa conquista na minha vida e que torcem pelo meu sucesso: os irmãos, Otávio, Mariana e Marina; as tias, Cláudia, Valéria, Meirinha e Concita; Ao tio, padrinho, pai Jurandir; aos primos

Monalisa, Monique, Morgana, Nicolas, Ramon e Lucas; e a criança mais linda do mundo que chegou para trazer alegria a todos esses mencionados, o sobrinho Alexandre. Amo muito vocês e minha vida não seria a mesma sem a presença de todos.

A minha avó Margarida, que a pessoa no mundo a qual eu sou mais grata, por tudo. Todas as oportunidades na minha vida até hoje, inclusive a de cursar essa faculdade foram proporcionadas por ela. Emociona-me muito falar sobre a minha avó, só tenho que dizer: Ainda poderei retribuir tudo o que a senhora fez por mim até hoje, obrigada por existir. Te amo muito!

E a minha amiga, meu anjo da guarda, minha mãe Florina, que em todas as dificuldades e momentos de fraqueza e desespero esteve ao meu lado, me ajudando, me consolando, me aconselhando, até mesmo sentando comigo e outros colegas de sala pra nos ajudar interpretando textos e dando aulas, ou como ela prefere dizer, conversando sobre o assunto para que eu pudesse me acalmar e conseguir bons resultados nas provas e apresentações de trabalhos, o que foi de fundamental importância durante todo o curso.

“Toda dificuldade deve ser resolvida
enquanto ainda é fácil.”

Texto taoista

RESUMO

A pré-eclâmpsia caracteriza-se por níveis tensionais elevados na gestação, associados à proteinúria e edema, responsável por grande parte das indicações de interrupção prematura da gestação (MELO, 2009). Segundo o Ministério da Saúde, 2006 continua sendo a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com sequelas caso sobrevivam ao dano da hipóxia cerebral. Este trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descrito por Santos(2001), como: o conjunto de materiais escritos/gravados, mecânica ou eletronicamente, que contêm informações já elaboradas e publicadas por outros autores. O estudo foi realizado utilizando-se livros, periódicos, material on-line nas bases da Scielo(Scientific Eletronic Library Online) e outras que estiveram disponíveis para a temática em discussão, pré-eclâmpsia. Para Oliveira, Karumanchi e Sass, (2010) o desenvolvimento da pré-eclâmpsia pode ser dividido em três fases: interação entre os trofoblastos com os leucócitos deciduais, trofoblastoextraviloso(TEV) não invadem adequadamente o terço interno da parte uterina e estresse oxidativo que gera maior agregação plaquetária, vasoconstrição e resposta inflamatória generalizada, consequentemente a pré-eclâmpsia. Para Barron e Lindheimer o único tratamento realmente efetivo é o parto. A decisão da realização do parto vai depender da idade gestacional em que a mulher se encontra e da avaliação das condições do feto, mas a decisão mesmo cabe ao médico e a gestante. A consulta de enfermagem no pré-natal é essencial na identificação precoce dos sinais para o correto encaminhamento da gestante, na tentativa de minimizar a mortalidade materna e fetal causadas pelas formas graves da doença.

Palavras chaves:Pré-natal, unidade básica, Pré-eclâmpsia,Enfermeiro.

ABSTRACT

To daily pay - eclâmpsia it is characterized for levels tensionais lifted up in the gestation, associated to the proteinúria and edema responsible for great part of the indications of premature interruption of the gestation (I MAKE STICKY, 2009). According to BRAZIL, 2006 keeps on being the first cause of motherly death in Brazil and determines the biggest number of deaths perinatais, besides the significant increase of the number of neonatos with sequels if they survive the damage of the cerebral hipóxia. One treats this work as a bibliographical inquiry, described by Santos (2001), I eat: the set of written / carve materials, mechanics or electronically, what contain informations already prepared and published by other authors. The study was carried out when books, magazines, material are used on-line in the bases of the Scielo (Scientific Eletronic Library Online) and others that were available for the atemática in discussion, daily pay - eclâmpsia. For Olive tree, Karumanchi and Sass, 2010 the development of the daily pay - eclâmpsia can be divided in three phases: interaction between thetrophoblasttodecidualeukocytes, extravilloustrophoblast(EVT) is not properlyinvadetheinner thirdofthe uterine walland oxidative stressthatleads to greaterplatelet aggregation, vasoconstriction andgeneralized inflammatory response, thuspre-eclampsia.For Lindheim Barron and the only really effective treatment is delivery. The decision to conductthedeliverywill depend on thegestational age at whichthe woman isand theassessment of thefetus,but the decisionrests with theamedoctor andpregnant woman. The nursing visit in prenatal care is essential in early identification of signals for correct referral of pregnant women in an attempt to minimize maternal and fetal mortality caused by severe illness.

Words keys: Prenatal, basic Unity, Daily pay - eclâmpsia, Nurse

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 OBJETIVO GERAL.....	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
3 JUSTIFICATIVAS.....	10
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
4.1 PRÉ-ECLÂMPSIA.....	11
4.1.1 DEFINIÇÃO E CARACTERÍSTICAS.....	11
4.1.2 QUADRO CLÍNICO.....	13
4.1.3 TRATAMENTO.....	14
4.1.3.1 TRATAMENTO PROFILÁTICO.....	14
4.1.3.2 TRATAMENTO CLÍNICO.....	14
4.1.3.3 TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA	15
4.1.3.3.1 QUADRO Nº 01: MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS NA GRAVIDEZ.....	15
4.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ NATAL.....	16
5 METODOLOGIA.....	18
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
7 RECOMENDAÇÕES.....	20
REFERÊNCIAS.....	21

1 INTRODUÇÃO

A pré-eclâmpsia caracteriza-se por níveis tensionais elevados na gestação, associados à proteinúria e edema, responsável por grande parte das indicações de interrupção prematura da gestação (MELO, 2009). Segundo Brasil (2006) continua sendo a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com sequelas caso sobrevivam ao dano da hipóxia cerebral.

A pré-eclâmpsia é uma doença sistêmica, onde vários órgãos podem sofrer seus efeitos (rins, fígado, pulmões, cérebro), caracterizada por intensa resposta inflamatória, lesão endotelial, agregação plaquetária, ativação do sistema de coagulação e aumento da resistência vascular generalizada (OLIVEIRA, KARUMANCHI, SASS, 2010).

Para Brasil (2000) a classificação da pré-eclâmpsia é feita em leve ou grave de acordo com sinais clínicos que se fizerem presentes na gestante.

Como profilaxia para a pré-eclâmpsia tem sido utilizada baixas doses de aspirina (1mg/kg de peso/dia) (FEBRASGO, 2001). Para Barron e Lindheimer o único tratamento realmente efetivo é o parto. A decisão da realização do parto vai depender da idade gestacional em que a mulher se encontra e da avaliação das condições do feto, mas a decisão mesmo cabe ao médico e a gestante.

Mesmo a terapêutica anti-hipertensiva tendo seu valor questionado devido aos efeitos teratogênicos no primeiro trimestre da gestação alguma droga com mecanismo de ação mais específicos para pré-eclâmpsia (FEBRASGO, 2001), tem sido prescrito pelos médicos.

Baseando-se na assistência pré-natal entra a participação do profissional enfermeiro, preocupando-se em minimizar a morbidade e mortalidade materna e fetal causada pela pré-eclâmpsia, rastreando as gestantes, identificando possíveis casos, orientando e acompanhando adequadamente a gestante na UBS, evitando o encaminhamento ao acompanhamento de alto risco ou mesmo encaminhando-a quando for realmente necessário.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Apreender o que a literatura científica atual mostra sobre a importância da atuação do enfermeiro frente às gestantes com Pré-Eclâmpsia, tendo em vista a importância do tema para a saúde materna e perinatal.

2.2 ESPECIFICOS

Descrever conceito, características, quadro clínico e tratamento da Pré-Eclâmpsia;

Descrever como deve ser a assistência de enfermeiro durante o pré-natal frente a uma gestante com Pré-Eclâmpsia.

3 JUSTIFICATIVA

Com a vivência adquirida nas unidades básicas, ouvindo relatos de puérperas que tiveram intercorrências no parto em virtude da elevação da pressão arterial, surgiu a motivação para pesquisar o problema.

Com o intuito de informar profissionais da saúde sobre o tema e alertar principalmente profissionais enfermeiros de unidade básica quanto a importância de se detectar a pré-eclâmpsia precocemente tendo em vista que é a primeira causa de morte materna no Brasil e maior número de óbitos perinatais.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Pré-Eclâmpsia

4.1.1 Definição e características

Define-se pré-eclâmpsia como o desenvolvimento de hipertensão arterial(PA $\geq$ 140x90mmHg), proteinúria($\geq$ 300mg/24horas) e/ou edema de mãos ou face durante o período gestacional. Pode trazer sofrimento para todos os órgãos, pois caracteriza-se por intensa resposta inflamatória, lesão endotelial, agregação plaquetária, ativação do sistema de coagulação e aumento da resistência vascular disseminada(FEBRASGO, 2001).

Grande parte das mulheres com pré-eclâmpsia tem um aumento súbito de peso com aparecimento de edemas. O edema da pré-eclâmpsia diferencia-se do edema periférico comum da gravidez. É indispensável avaliar a diferença do edema comum da gestação e do edema com elevação da pressão arterial, que sinaliza o início da pré-eclâmpsia (BURROW & FERRIS, 1996).

A pré-eclâmpsia pode ser classificada baseando-se no momento em que as manifestações surgem em: precoce e tardia. Mesmo não havendo consenso quanto a essa classificação a 34ª semana tem sido utilizada mais frequentemente como corte. É importante ressaltar que a pré-eclâmpsia de manifestação precoce é de maior risco, pois está mais associada a alta morbidade materna e perinatal, como disse Reis et. al,(2010, p.):

A pré-eclâmpsia tardia, com início a partir da 34ª semana gestacional é mais frequente e geralmente associada a uma placentação adequada ou levemente comprometida. Caracteriza-se por ausência ou leve resistência ao fluxo nas artérias uterinas, menor comprometimento do crescimento fetal e resultados perinatais mais favoráveis. Por outro lado a pré-eclâmpsia de início precoce, que ocorre antes da 34ª semana de gestação é mais frequente, mas associa-se a forma clinicamente mais grave refletindo lesões isquêmicas placentárias.

As causas da pré-eclâmpsia não são bem estabelecidas, mas sabe-se que a placenta é de fundamental importância para sua ocorrência.

Para Oliveira, Karumanchi e Sass, (2010) o desenvolvimento da pré-eclâmpsia pode ser dividido em três fases. A primeira fase da pré-eclâmpsia ocorre quando há interação entre os trofoblastos com os leucócitos decíduais, gerando inadequada produção de quimiocinas e citocinas que tornam a ligação materno-fetal um obstáculo para o desenvolvimento de uma gestação normal. A segunda fase de desenvolvimento da pré-eclâmpsia ocorre ainda no 1º trimestre da gestação quando o trofoblastoextraviloso (TEV) não invade adequadamente o terço interno da parte uterina, o que deve ocorrer em torno de 6 a 8 semanas de gestação provocando inadequado controle da oxigenação do feto nessa fase da gravidez e na manutenção da elevada resistência das artérias uterinas espiraladas. Provocando resposta inflamatória e dano celular. As alterações na perfusão sanguínea do tecido placentário provocam um estresse oxidativo, caracterizando a terceira fase da doença, onde o sincício apresenta maior atividade de apoptose/necrose e passa a liberar na circulação materna esse material sincicial o que ativa os leucócitos sistêmicos gerando estímulos para maior agregação plaquetária, vasoconstrição e resposta inflamatória generalizada, consequentemente a pré-eclâmpsia. É o ápice desse processo inflamatório que desencadeia o quadro clínico da doença.

4.1.2 Quadro clínico

Os sinais clínicos que determinam o aparecimento da pré-eclâmpsia podem, quase sempre ser confundidos por serem genéricos. Segundo Burrow&Ferris(1996),os mais comuns são cefaleias, distúrbios visuais, dor epigástrica, o rápido aumento de peso com edema, principalmente em mãos e face com elevação da pressão arterial($\geq 140/90$ mmHg) e proteinúria(5g ou mais em urina de 24 horas) que começa depois da 32ª semana de gestação podendo aparecer antes. Podendo também ocorrer hipertensão e convulsões até 24 a 48 horas após o parto.

Além desses sinais Febrasgo, (2001) mostrou que outros fatores podem ser indicados como indício de pré-eclâmpsia grave, como oligúria ou diurese menor que 400 ml por dia, cianose, edema pulmonar, dor no epicôndrio direito, trombocitopenia ou plaqueta abaixo de $100.000/\text{mm}^3$, anemia hemolítica microangiopática decorrente da hemólise, icterícia e/ou elevação das enzimas hepáticas e crescimento intra-uterino retardado.

4.1.3 Tratamento

O único tratamento definitivo da eclampsia é o parto, tudo o mais é paliativo (BARRON & LINDHEIMER, 1996).

4.1.3.1 Tratamento profilático

Atualmente o principal mecanismo de prevenção tem sido a utilização de baixas doses de aspirina, na tentativa de corrigir um desequilíbrio potencial na PGI_2 endotelial e síntese plaquetária da pré-eclâmpsia. Estudos mostram uma redução de 26% na incidência da pré-eclâmpsia o que ultrapassa o risco de deslocamento placentário, portanto baixas doses diárias são recomendadas (BURROW & FERRIS, 1996). Para Febrasgo (2001) a dose de aspirina deve ser de 1mg/kg de peso/dia.

4.1.3.2 Tratamento clínico

Quando a pré-eclâmpsia é leve, recomenda-se geralmente o repouso no leito para baixar a pressão sanguínea e dar tempo para calcular o tamanho fetal. Se verificado maturação fetal adequada o parto é tratamento definitivo. Já se o tamanho e maturação fetal são preocupantes, tem que descobrir se há indícios de agravamento da pré-eclâmpsia, não havendo a gravidez pode continuar, mas deve ocorrer a indução do parto a qualquer sinal de agravamento da doença (BURROW & FERRIS, 1996).

Ainda de acordo com o autor acima citado, quando a hipertensão é intensa ou exista função renal diminuída, hiperuricemia ou proteinúria superior a 500mg/dia, está indicado o parto para gestantes que estejam acima da 32ª semana. A pressão sanguínea deve baixar para 140/90mmHg antes do parto, diminuindo a probabilidade de uma elevação durante o mesmo com potenciais complicações.

Já quando ocorre a pré-eclâmpsia no segundo trimestre, cabe a mãe e ao médico tomarem a decisão se realizaram o parto ou se prolongaram a gestação, pois é período associado a uma mortalidade fetal elevada (BURROW & FERRIS, 1996).

O sulfato de magnésio tornou-se a mais importante medida terapêutica adotada nas pacientes com Pré-eclâmpsia, sendo escolhida como droga de escolha não apenas para profilaxia, mas também como tratamento das convulsões eclâmpticas(SOUZA, 2008).

Segundo Burrow&Ferris, (1996) a maior parte dos neurologista aconselha o uso de Fenitoína , 300mg/dia para impedir as convulsões. Já o diazepam(5mg EV são administrados com 20mg IM a cada 6 horas)é o tratamento preferido quando ocorrem as convulsões.

4.1.3.3 Terapêutica anti-hipertensiva

Para Febrasgo (2001) o valor da terapêutica anti-hipertensiva na gestação é controverso, por seus efeitos teratogênicos no primeiro trimestre da gestação, assim como quedas bruscas de pressão arterial acompanhada da perfusão placentária. Mas apareceram outras drogas efetivas com mecanismo de ação mais específico para a pré-eclâmpsia e com menor incidência de efeitos colaterais.

Quadro nº 01: Medicamentos anti-hipertensivos na gravidez:

Classe do fármaco	Nome do fármaco	Informações
Diuréticos	Tiazida	1 comprimido, 1 x ao dia
	Furosemida	20-40mg EV para diurese na insuficiência cardíaca congestiva
Dilatadores arteriolares	Hidralazina	25-50mg, 4x ao dia, VO ou 5-10mg, EV ou IM a 20-30min ou 5-10mg, EV a cada hora
	Diazóxido	50mg EV, a cada 2-3min até PA<140/100mmHg
	Sulfato de Magnésio	4-6g EV em 10min com 1g/h EV, sinergismo com Nifedipina
Bloqueadores do canal de cálcio	Nifedipina	10mg VO a cada 30min até PA<140/100mmHg
Bloqueadores adrenérgicos	Atenolol	50-100mg, VO, a cada dia
	Pindolol	5-10mg, 2 x por dia, VO
	Labetalol	100-200mg 3x por dia, VO ou 50mg EV em 10min seguidos por 1-2mg/kg/h

Fonte:Burrow e Ferris, 1996.

4.1.4 Assistência de Enfermagem no pré-natal:

Segundo Ricci, (2008) comprovadamente são os cuidados pré-natais que evitam as complicações e apoiam o nascimento de bebês saudáveis. A conduta do enfermeiro frente a gestante com pré-eclâmpsia confunde-se com a consulta do enfermeiro no pré-natal, pois com compreensão, respeito, sensibilidade e principalmente atenção, é nesse momento que deve ocorrer a identificação precoce dos sinais para o correto encaminhamento, pois se identificada precocemente podemos minimizar a mortalidade materna e fetal causadas pelas suas formas graves.

Para Brasil(2006) o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

A pré-eclâmpsia está entre os fatores que podem determinar uma gravidez de risco. A aferição da pressão arterial em todas as consultas de pré-natal e a instauração de condutas de tratamento corretas permitiriam salvar muitas mulheres e crianças(BRASIL, 2006).

Além da verificação da pressão arterial em todas as consultas de enfermagem realizadas a essa gestante cabe a enfermagem observar a presença de edema, que segundo Brasil(2000), o edema quando existente pode ser localizado ou generalizado. Deve ser realçado ainda o chamado edema oculto, explicitado pelo ganho ponderal excessivo e que somente é creditado quando associado a quadro hipertensivo.

Para a realização do diagnóstico diferencial alguns exames laboratoriais devem ser solicitados a fim de diferenciar a pré-eclâmpsia da hipertensão crônica, e para avaliar o progresso e a gravidade da doença. São estes: hemoglobina e hematócrito; contagem de plaquetas; quantificação e excreção de proteínas na urina; nível sérico de creatinina; nível sérico de ácido úrico; níveis séricos de transaminases; nível sérico de albumina, desidrogenase láctica, esfregaço sanguíneo e perfil de coagulação (TAP, KPTT ou coagulograma). Em mulheres com pré-eclâmpsia uma ou mais anormalidades podem estar presentes mesmo quando a elevação arterial for mínima (BRASIL, 2000).

A gestante devera ser tratada na Unidade Básica de Saúde (UBS), conforme orientam os protocolos do Ministério da Saúde. Os casos não previstos para o tratamento na UBS deverão ser encaminhados para a atenção especializada que, após

a avaliação, devera devolver a gestante para a atenção básica com as recomendações para o seguimento da gravidez ou deverá manter o acompanhamento pré-natal nos serviços de referência para gestação de alto risco. Nesse caso, a equipe da atenção básica devera manter o acompanhamento da gestante, observando a realização das orientações prescritas pelo serviço de referência (BRASIL, 2006). Cabe a Enfermagem manter, ou garantir que esse acompanhamento está sendo realizado adequadamente.

5 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descrito por Santos(2001), como: o conjunto de materiais escritos/gravados, mecânica ou eletronicamente, que contêm informações já elaboradas e publicadas por outros autores.

O estudo foi realizado utilizando-se livros, periódicos, material on-line nas bases da Scielo(Scientific Eletronic Library Online) e outras que estiveram disponíveis para a matemática em discussão, pré-eclâmpsia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que a pré-eclâmpsia é a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais conclui-se que a consulta de enfermagem no pré-natal é de fundamental importância para detectar precocemente os sinais que indicam a doença para as orientações, o correto encaminhamento e acompanhamento da gestante, na tentativa de minimizar a mortalidade materna e perinatal.

7 RECOMENDAÇÕES

Que sejam incentivadas pesquisas relacionadas a esta temática pela importância das orientações e atualizações.

Que novos pesquisadores se interessem para enriquecer e atualizar este tema de pesquisa de relevância fundamental.

Que sejam aperfeiçoados os estudos nesta área nas instituições de pesquisa, educacionais, nos serviços de saúde e em toda sociedade.

REFERÊNCIAS

BARRON, William M; LINDHEIMER, Marshall D. **Complicações médicas na gravidez**. 2ª Ed. Porto Alegre. Editora artes médicas do Sul LTDA:1996.

BARROS, Aidil Jesus Paes de; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de Metodologia**: um guia para a iniciação científica. São Paulo: McGraw-Hill, 1986.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Técnico**: Gestação de Alto Risco. Brasília: 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico**: pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília: 2006.

BURROW, Gerard N; FERRIS, Thomas F. **Complicações clínicas durante a gravidez**. São Paulo: Roca, 1996.

CUNHA, Karla Joelma Bezerra; OLIVEIRA, Juliana Odorico; NERY, Inez Sampaio. **Assistência de Enfermagem na opinião das mulheres com pré-eclâmpsia**. Esc. Anna Nery. V. 11. N. 2. Rio de Janeiro, junho 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a11.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2011.

FEBRASGO, FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Tratado de obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: REVINTER, 2001.

GONÇALVES, Rosalene; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella Fernandes; SOBRAL, Danielle Henriques. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.** V. 58. N. 1. Brasília, jan/fev 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100011&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 05 maio 2011.
MELO, Brena Carvalho Pinto de et al. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, vol. 55, no. 2, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n2/22.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2011.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; REZENDE, Jorge de. Rezende **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

OLIVEIRA, Leandro Gustavo; KARUMANCHI, Ananth; SASS, Nelson. Pré-eclâmpsia: estresse oxidativo, lesão endotelial e disfunção endotelial. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Vol. 32. No. 12. Rio de Janeiro, dezembro 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n12/a08v32n12.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2011.

REIS, ZilmaSilveira Nogueira et al. Pré-Eclâmpsia precoce e tardia: uma classificação mais adequada para o prognóstico materno e perinatal? Ver. **Bras. Ginecol. Obstet.** Vol. 32, no. 12. Rio de Janeiro dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n12/a04v32n12.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2011.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SANTOS, Antônio Raimundo dos. **Metodologia Científica**: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2001.

SOUZA, Nilba Lima de et al. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. **Rev. Saúde Pública**,v. 41, n. 5, out. 2007. São Paulo. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5965> >. Acesso em: 05 maio 2011.