

Artigo Original

**Prevalência de complicações maternas e neonatais em gestações que apresentaram síndromes hipertensivas**

***Prevalence of complications in maternal and neonatal pregnancies with hypertensive disorders***

Nayara Rodrigues Gomes<sup>1</sup>, Giulliano Gardenghi<sup>2</sup>

**Resumo**

**Introdução:** A gestação é um fenômeno fisiológico para a maioria das mulheres, todavia, em algumas podem ocorrer agravo em sua evolução, colocando assim, em risco a saúde da mãe e do concepto. **Objetivos:** Verificar a prevalência de complicações maternas e neonatais no parto de mães hipertensas. Verificar quais as principais complicações nos primeiros dias após o parto em bebês filhos dessas mães. **Método:** Trata-se de um estudo transversal descritivo. **Resultados/Discussão:** A amostra foi composta de 40 participantes: destas, 24 (60,0%) eram múltiparas, 11 (27,5%) tiveram pré-eclampsia, destas 3 (7,5%) foram a óbito. Dentre as gestantes, 6 (15%) tiveram descolamento prematuro de placenta, 24 (60,%) apresentaram quadros de sofrimento fetal. Todas as gestantes evoluíram para parto Cesáreo. Quanto as características dos recém-nascidos (RN), 35 (87,5%) eram prematuros. 31 (77,5%) dos RN eram baixo peso. Destes 19 (47,5%) eram pequenos para a idade gestacional. Quanto à dificuldade respiratória, 26 (65%) dos RN necessitaram de suporte ventilatório, porém apenas 5 (12,5%) necessitaram de ventilação mecânica invasiva. O índice de Apgar menor que 6 no 5º minuto foi encontrado em 15 (37,5%) dos RN. **Considerações finais:** O presente estudo permitiu concluir que as síndromes hipertensivas na gestação não estão relacionadas com a idade tardia das gestantes e que essas síndromes levam a complicações no parto como: descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal e partos prematuros, além de complicações imediatas nos neonatos, como baixo peso e necessidade de suporte ventilatório.

**Descritores:** Síndromes hipertensivas, Gestação, Complicações maternas, Prematuridade, Neonatal

**Abstract**

**Introduction:** Pregnancy is a physiological phenomenon to the great majority of the women. However, some of them may suffer from some sort of problem during the development of the process, increasing the risks to the mother and the baby. **Objectives:** To determine the prevalence of maternal and neonatal complications of hypertensive mothers during childbirth. To verify what are the main complications in the first days after birth in babies born from these mothers. **Methods:** A descriptive cross sectional study was conducted. **Results/Discussion:** The sample consisted of 40 participant mothers. From these 24 (60%) were multiparous, 11 (27,5%) had pre-eclampsia and from these three (7,5%) died. Among pregnant women, six (15%) had placenta previa, 24 (60%) were diagnosed with fetal distress. All pregnant women have evolved to c-section. The characteristics of the newborns: 35 (87,5%) were premature, 31(77,5%) of infants were underweight. Of these 19 (47,5%) were small for the gestational age. Considering the shortness of breath 26 (65%) of infants required ventilation support, but only five (12,5%) required invasive mechanical ventilation. The Apgar score less than six at five minutes from birth was found in 15 (37,5%) of the infants. **Conclusion:** This study found that hypertensive disorders in pregnancy are not related to the late age of pregnant women and these syndromes may lead to birth complications such as placenta previa, fetal distress and preterm delivery, including also some immediate complications in newborns such as low weight and need for ventilation support.

**Keywords:** Hypertensive disorders, Pregnancy, Maternal complications, Prematurity, Newborn

---

1. Fisioterapeuta, graduada em fisioterapia pela Pontifícia Universidade Celia Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Especialista em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás/CEAFI Pós-graduação/GO.e especialista em Fisioterapia Hospitalar com ênfase em Terapia Intensiva, pela faculdade Camburi/GO.

2. Fisioterapeuta, Doutor em Ciências pela FMUSP, Coordenador Científico do Serviço de Fisioterapia do Hospital ENCORE/GO, Coordenador Científico do CEAFI Pós-graduação/GO e Coordenador do Curso de Pós-graduação em Fisioterapia Hospitalar do Hospital e Maternidade São Cristóvão – São Paulo/SP.

---

*Artigo recebido para publicação em 19 de novembro de 2012.*

*Artigo aceito para publicação em 06 de janeiro de 2013.*

## Introdução

A gestação é um fenômeno fisiológico para a maioria das mulheres, todavia, em algumas podem ocorrer agravo em sua evolução, colocando assim, em risco a saúde da mãe e do concepto. Entre as doenças maternas a mais comum é a

hipertensão gestacional<sup>1</sup>. Alguns autores afirmam que se trata de uma doença obstétrica que surge após a vigésima semana de gestação<sup>2,3,4</sup>. Embora haja um prognóstico favorável nos casos leves, suas formas mais graves constituem as principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, sendo responsáveis por índices altos de mortes maternas em países em desenvolvimento<sup>3</sup>. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), na América Latina e Caribe as complicações hipertensivas são causa da maioria das mortes maternas (25,7%), com isso são consideradas as principais intercorrências para gestantes dessa região<sup>4</sup>.

A hipertensão gestacional ou doença hipertensiva específica da gestação caracteriza-se pelo aumento da resistência vascular periférica acarretando aumento nos níveis tensionais da pressão arterial para valores em torno de 140/90 mmHg sem proteinúria (perda de proteínas na urina). A hipertensão na gestação é a maior causa de morte perinatal, esta motivada pelo inadequado desenvolvimento intra-uterino do concepto. A taxa nacional de hipertensão gestacional de 150/1000 partos<sup>2,5</sup>.

A pré-eclampsia é uma síndrome multissistêmica caracterizada por hipertensão e proteinúria, após 20 semanas de gravidez, em mulheres com PA normal previamente. Já a eclampsia é a forma mais grave e é definida como a presença de convulsão em mulheres com pré-eclampsia<sup>6</sup>.

A maioria dos casos de hipertensão gestacional leve apresenta taxas de mortalidade e morbidade perinatais similar às de pacientes normotensas<sup>7</sup>. A hipertensão gestacional grave potencialmente é a que apresenta pior prognóstico materno-fetal. Conceptos de mães com hipertensão têm maiores riscos de prematuridade, ocorrência de partos de fetos pequenos para a idade gestacional (PIG), necessidade de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, necessidade de suporte ventilatório e maior incidência de mortalidade perinatal, quando comparados aos conceptos de mães normotensas<sup>8</sup>.

Fatores epidemiológicos e clínicos podem estar presentes na identificação de gestantes de risco para doença hipertensiva específica da gestação. A maioria dos casos (75%) ocorre em mulheres nulíparas. Estudos epidemiológicos demonstram também maior número de casos da hipertensão gestacional nos extremos reprodutivos da vida da mulher, sendo assim, abaixo dos 18 e acima dos 40 anos<sup>4</sup>. A hipertensão gestacional além de causar morte materna pode causar diversas complicações perinatais como prematuridade, restrição do crescimento fetal e morte perinatal. Além disso, pode cursar com encefalopatia hipóxico-isquêmica no concepto levando a subseqüentes manifestações neurológicas<sup>9</sup>.

A mortalidade perinatal e a incidência de seqüelas neurológicas em crianças prematuras têm diminuído, dados aos avanços da perinatologia. No entanto, as crianças nascidas pré-termo parecem estar mais propensas a disfunções cognitivas e a distúrbios de comportamento. Sendo assim, salienta-se a importância da identificação do desenvolvimento anormal de uma criança o mais precocemente possível, para que qualquer distúrbio secundário possa ser prevenido<sup>10</sup>.

A prevalência de complicações após o parto em recém-nascidos filhos de mães que apresentaram hipertensão durante a gestação pode estar associada a redução do fluxo sanguíneo uteroplacentário ou do infarto, sendo assim o feto pode apresentar crescimento intra-uterino restrito (CIR) tendo aumento da incidência de natimortalidade, asfixia ao nascimento, síndrome de aspiração do mecônio, complicações neonatais e neurodesenvolvimento deficiente<sup>6</sup>.

Os objetivos desse estudo são verificar a prevalência de complicações maternas e neonatais no parto de mães hipertensas, verificando também quais as principais complicações nos primeiros dias após o parto em bebês filhos dessas mães.

### **Casuística e Métodos**

Tratou-se de um estudo transversal descritivo. A pesquisa foi realizada no Hospital Materno Infantil (HMI) de Goiânia. Por ser um hospital público a população assistida pela unidade é majoritariamente carente. Para a realização da pesquisa o

projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HMI onde foi aprovado através do protocolo 033/10. A fonte de coleta de dados foi por meio dos prontuários de gestantes que deram entrada no Hospital em trabalho de parto e bebês nascidos na unidade no período de Maio a Junho de 2011. Considerando-se um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, calculou-se o tamanho da amostra em 40 indivíduos. Critérios do estudo: Os critérios de inclusão foram: mães que apresentassem quadro de hipertensão gestacional e que aceitaram participar desta pesquisa, assinando o termo de consentimento livre esclarecido. Mães com idade gestacional superior a 20 semanas. Recém-nascidos filhos dessas mães. Foram excluídas gestantes que apresentaram cardiopatias associadas ao aumento pressórico; associação de co-morbidades como diabetes, tabagismo, etilismo, dependência química e patologias renais. Foram também excluídos os neonatos com síndromes genéticas; malformações congênitas; malformações do sistema nervoso central (SNC) e lesões do sistema nervoso periférico.

Foram considerados como indicadores de risco os seguintes fatores: pequeno para idade gestacional; sofrimento fetal agudo; início precoce da hipertensão gestacional (<28 semanas); prematuridade; índice de Apgar (sendo considerado Apgar de risco quando <6 no 5º minuto); presença de cianose central; necessidade de máscara de oxigênio.

Procedimentos: Inicialmente, identificaram-se as gestantes que apresentaram quadro de hipertensão gestacional no Hospital Materno Infantil, que foram depois convidadas a participarem do estudo. Após consentirem verbalmente, assinaram o termo de consentimento livre esclarecido. Posteriormente, acompanhou-se esta gestante até o momento do parto. Em seguida foi preenchido um questionário com dados constantes nos prontuários referentes a informações como: aspectos clínicos da gestante (números de partos, gestações, abortos, pré-natal, descolamento prematuro de placenta) e do recém-nascido (Idade gestacional, índice de Apgar, peso, presença ou ausência de sofrimento fetal, presença de cianose central, necessidade ou não de suporte ventilatório).

Análise dos dados: Para análise dos dados utilizamos procedimentos de estatística descritiva. Foi realizada uma descrição geral da amostra em análise de números absoluto e percentual com o uso do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 15.0).

## **Resultados**

A amostra foi composta de 40 participantes: destas 11 (27,5%) tinham idade entre 20 e 24 anos e 11 (27,5%) tinham idade entre 30 e 34 anos. 24 (60,0%) eram multíparas, 11 (27,5%) tiveram pré-eclampsia, destas três (7,5%) foram a óbito. Dentre as gestantes, seis (15%) tiveram descolamento prematuro de placenta, 24 (60%) apresentaram quadros de sofrimento fetal. Todas as gestantes evoluíram para parto Cesáreo.

Quanto as características dos recém-nascidos, 35 (87,5%) eram prematuros, sendo quatro (10%) prematuros extremos. 31 (77,5%) dos RN eram baixo peso, sendo que 14 (35%) eram extremo baixo peso. Destes 19 (47,5%) eram PIG, sendo que três (7,5%) apresentaram restrição do crescimento intra-uterino. Quanto a dificuldade respiratória, 26 (65%) dos RN necessitaram de suporte ventilatório, porém apenas cinco (12,5%) necessitaram de ventilação mecânica invasiva. O índice de Apgar menor que seis no 5º minuto foi encontrado em 15 (37,5%) dos RN.

**Tabela 01. Características da amostra materna**

<b>Faixa etária</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
15 – 19 anos	9	22,5
20 – 24 anos	11	27,5
25 – 29 anos	7	17,5
30 – 34 anos	11	27,5
35 – 39 anos	2	5,0
<b>Número de partos e gestações</b>		
Primigestas	16	40,0
Múltiparas	24	60,0
<b>Síndromes hipertensivas</b>		
DHEG sem uso de medicamento	18	45,0
DHEG com uso de medicamento	8	20,0
Pré-eclampsia	11	27,5
Eclampsia	3	7,5
<b>Tipo de parto</b>		
Cesáreo	40	100,0
Normal		
<b>Complicação materna</b>		
Mãe UTI	11	27,5
Morte materna	3	7,5
Nenhuma	26	65,0
<b>Houve descolamento prematuro de placenta</b>		
Sim	6	15,0
Não	34	85,0
<b>Sofrimento fetal</b>		
Sim	24	60,0
Não	16	40,0

F – Freqüência; % - Porcentagem; DHEG- Doença Hipertensiva Específica da Gestação

**Tabela 02. Características dos recém-nascidos**

<b>Idade gestacional</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Abaixo de 30 semanas	4	10,0
30 – 37 semanas	31	77,5
38 semanas ou mais	5	12,5
<b>Peso</b>		
Abaixo de 1500 g	14	35,0
1500 – 2500 g	17	42,5
Acima de 2500 g	9	22,5
<b>Adequado para idade gestacional</b>		
PIG	19	47,5
AIG	21	52,5
GIG		
<b>Retardo no crescimento intra uterino</b>		
Sim	3	7,5
Não	37	92,5
<b>Necessitou de auxílio de O<sub>2</sub></b>		
O <sub>2</sub> inalatório	12	30,0
<i>Hood</i>	6	15,0
CPAP	3	7,5
Ventilação mecânica invasiva	5	12,5
Nenhum	14	35,0
<b>Ápgar 5º minuto</b>		
Menor que 6	15	37,5
Maior que 6	25	62,5

F - Frequência; % - Porcentagem; PIG - Pequeno para idade gestacional; AIG - Adequado para idade gestacional; GIG - Grande para idade gestacional; O<sub>2</sub>- oxigênio

## Discussão

A amostra foi composta de 40 participantes: destas 11 (27,5%) tinham idade entre 20 e 24 anos e 11 (27,5%) tinham idade entre 30 e 34 anos. Tais dados corroboram-se com um estudo realizado com gestantes hipertensas onde 64,5% das gestantes tinham entre 20 e 34 anos<sup>1</sup>. Já no estudo de Dias et. al.<sup>9</sup> 43% das mães analisadas tinha idade considerada tardia, ou seja, maiores de 32 anos.

No presente estudo 24 (60%) das gestantes eram multíparas, e 16 (40%) eram primíparas. No estudo de Novo, Patrício e Vanin<sup>11</sup>, 64,23% das gestantes avaliadas apresentaram gestações prévias. Segundo Rezende<sup>6</sup>, em primíparas a maior parte (2/3) dos casos de pré-eclampsia é leve e ocorre no termo, quando o parto resolve o problema e a maioria dos RN tem crescimento normal e é saudável. Já em multíparas parece ser diferente uma vez que a pré-eclampsia incide em população de alto-risco e o tipo de doença é geralmente precoce-grave (antes de 34 semanas).

Alguns estudos sugerem que a terapêutica anti-hipertensiva melhora o prognóstico materno-fetal, previne a deterioração da hipertensão, protege a mãe contra crises hipertensivas ou hipotensivas durante atos anestésicos, prolonga a duração da gestação e diminui a permanência de internação hospitalar<sup>3,12</sup>. No presente estudo observou-se que oito (20%) das gestantes fizeram uso de anti-hipertensivos. Dentre as gestantes avaliadas 11 (27,5%) tiveram pré-eclampsia, três (7,5%) apresentaram eclampsia. Segundo Rezende<sup>6</sup>, a pré-eclampsia e a eclampsia são as doenças mais importantes da Obstetrícia, incidindo em cerca de 10% das primíparas, sendo a maior causa de mortalidade materna e perinatal. No estudo feito por Sibai et al<sup>13</sup> foi caracterizada pré-eclampsia em gestantes pela presença de proteinúria (presença de proteína na urina) em 81 das 763 mulheres avaliadas. A eclampsia é definida como o desenvolvimento de convulsões generalizadas em gestantes com sinais de pré-eclampsia e ocorre geralmente no último trimestre. Estima-se que cerca de 5% das mulheres com eclampsia evoluem para óbito<sup>12</sup>. No presente estudo três (7,5%) das gestantes evoluíram para óbito.

O descolamento prematuro de placenta (DPP) aparece, na hipertensão gestacional, em quase 1/20 casos, enquanto nas gestantes normotensas em apenas em 1/130, sendo que a hipertensão materna é responsável por 50% dos casos de DPP. Na hipertensão documentam-se lesões nos vasos ocasionando roturas intra e extra-vasculares, com exsudatos sanguíneos na placenta que acarretam o descolamento da placenta, além de infartos hemorrágicos, habituais na eclampsia tardia<sup>6</sup>. No presente estudo, dentre as gestantes, seis (15%) tiveram DPP, concordando com o estudo de Yucesoy et al.<sup>14</sup> onde apenas 8% das gestantes com pré-eclampsia tiveram DPP.

Dentre as gestantes 24 (60%) apresentaram quadros de sofrimento fetal. Segundo Rezende<sup>6</sup>, a hipertensão gestacional causa cerca de 40 a 60% de redução do fluxo sanguíneo uteroplacentário ou do infarto, sendo que o feto pode apresentar restrição do crescimento intra-uterino (CIR) e sinais de sofrimento. No estudo de Dias et. al.<sup>9</sup> o sofrimento fetal foi identificado em 33% dos recém-nascidos.

No presente estudo todas as gestantes evoluíram para parto Cesáreo, corroborando com o estudo de Martins, Rezende e Vinhas<sup>3</sup>, onde 82,85% das gestantes com DHEG evoluíram para o parto Cesáreo.

A prematuridade aumenta a taxa de morbidade e mortalidade perinatal com possibilidades de seqüelas imediatas ou tardias<sup>1</sup>. Quanto as características dos recém-nascidos, 35 (87,5%) eram prematuros, sendo quatro (10%) prematuros extremos. Segundo Amorim et. al.<sup>15</sup>, a prematuridade constitui uma das complicações mais freqüentes da DHEG, decorrente de um trabalho de parto espontâneo, em razão da contratilidade uterina aumentada. Comumente a conduta obstétrica é de interrupção da gravidez. Segundo Oliveira et. al.<sup>7</sup>, conceptos filhos de mães com pré-eclampsia tem maiores riscos de prematuridade. No estudo de Simões e Soarde<sup>5</sup> houve resultado semelhante, onde 70% das gestantes com hipertensão arterial na gravidez tiveram partos prematuros entre 32 a 36 semanas.

Dos RN avaliados 31 (77,5%) eram de baixo peso, sendo 14 (35%) de extremo baixo peso, concordando com o estudo de Martins, Rezende e Vinhas<sup>3</sup>, onde 69,7% dos recém-nascidos nasceram com peso menor que 2500g. Dos RN de nosso estudo 19 (47,5%) eram PIG, e 21 (52,5%) eram AIG. No estudo de Chaim, Oliveira e Kimura<sup>1</sup> observou-se resultados semelhantes, onde grande parte (68,1%) dos RN eram adequados para idade gestacional. Já no estudo de Sibai et. al.<sup>13</sup> nas gestantes que apresentaram pré-eclampsia, a maioria teve recém-nascidos considerados pequenos para idade gestacional. Para a Sociedade Australiana de Estudo de Hipertensão na Gravidez<sup>16</sup>, cerca de 25% dos filhos de mães com pré-eclampsia são pequenos para a idade gestacional.

Na hipertensão gestacional a circulação uteroplacentária está reduzida, podendo gerar no feto uma restrição do CIR<sup>6</sup>. No presente estudo três (7,5%) dos RN apresentaram CIR.

Quanto a dificuldade respiratória, 26 (65%) dos RN necessitaram de suporte ventilatório, sendo que 12 (30%) necessitaram de O<sub>2</sub> inalatório, porém apenas cinco (12,5%) necessitaram de ventilação mecânica invasiva. Tal fato corrobora com o estudo de Dias et. al.<sup>9</sup>, onde 66,7% dos recém-nascidos filhos de mães hipertensas necessitaram de máscara aberta de O<sub>2</sub>.

O índice de Apgar menor que seis no 5º minuto foi encontrado em 15 (37,5%) dos RN, concordando com o estudo de Dias et. al.<sup>9</sup>, onde 23,3% dos recém-nascidos avaliados apresentaram Apgar considerado de risco.

### **Considerações finais**

O presente estudo permitiu concluir que as síndromes hipertensivas na gestação não estão relacionadas com a idade tardia das gestantes, uma vez que o número de gestantes com idade entre 20 e 24 anos foi o mesmo das gestantes com idade entre 30 e 34 anos. Além disso, pode-se concluir que essas síndromes levam a complicações no parto como: descolamento prematuro de placenta, sofrimento

fetal e partos prematuros. A análise dos resultados evidenciou que o número de recém-nascidos com baixo peso e que necessitaram de suporte ventilatório foi dominante. Sendo assim, comprova-se que as síndromes hipertensivas específicas da gestação levam a complicações imediatas nos neonatos, podendo levar a complicações tardias.

Questões das síndromes hipertensivas específicas da gestação devem estar integradas à humanização da assistência à mulher no período gravídico-puerperal. Com isso, devem-se apresentar práticas que fortaleçam as condutas com enfoque na prevenção, pois quanto mais precoce o diagnóstico, somado a intervenção terapêutica adequada, maiores são as possibilidades de se conduzir uma gestação sem complicações maternas e agravos a saúde do concepto.

### **Referências**

1. Chaim SRP, Oliveira SMJV, Kimura AF. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. *Revista Acta Paul Enferm*, 2008; 21(1): 53-8.
2. Resende J. Doença hipertensiva específica da gestação: pré-eclâmpsia eclâmpsia. *Obstetrícia*, 1995; 22:598-642.
3. Martins, CA, Rezende LPR, Vinhas DCS. Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia. *Revista eletrônica de Enfermagem*, 2003; 5(1) 49-55.
4. Zugaib M. Doença Hipertensiva Específica da Gestação. In: ZUGAIB, M. *Obstetrícia*. São Paulo: Manole; 2007.
5. Simões MJS, Soarde MCB. Ocorrência de hipertensão arterial em gestantes no município de Araraquara/SP. *Saúde em Revista*, 2006; 19(7): 7-11.
6. Rezende FM. *Obstetrícia Fundamental*. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2009.
7. Oliveira CA, Sá RAM, Netto HC, Bornia RG, Silva NR, Junior JÁ. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. *Revista brasileira de Saúde Materna Infantil*, 2006; 6(1): 93-98.
8. Cunningham FG et al; *Hypertensive disorders in pregnancy*. *Obstetrics*. Houston: Mc Graw-Hill; 2001, 567-617.

9. Dias BR, Piovesana AM, Montenegro MA, Guerreiro MM. Desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes filhos de mães que apresentaram hipertensão arterial na gestação. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 2005; 63(3-A): 632-636.
10. Egewarth C, Pires FDA, Guardioli A. Avaliação da idade gestacional recém-nascidos pré-termo através do exame neurológico e das escalas neonatais e obstétrica. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 2002; 60(3-B): 755-759.
11. Novo JLV, Patrício BT, Vanin NS. Hipertensão arterial induzida pela gravidez no conjunto hospitalar de Sorocaba. *Aspectos Maternos e Perinatais. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*, 2010; 12(3), 9-20.
12. Pastore S, Vinad IA. Hipertensão Gestacional – Uma revisão de literatura. . 2005; 27(9).
13. Sibai B. et al. Risk factors for preeclampsia, abruptio placetae, and adverse neonatal outcomes among women with chronic hypertension. *The New England Journal of Medicine*, 1998; 339 (10):667-671.
14. Yucesoy, G. et al. Maternal and perinatal outcome in pregnancies complicated with hypertensive disorder of pregnancy: a seven year experience of a tertiary care center. *Arch Gynecol. Obstet*, 2005; 273(7): 43-49.
15. Amorin MR, Faúndes A, Santos LC, Azevedo E. Acurácia do teste de Clements para avaliação da maturidade pulmonar fetal em gestantes com doença hipertensiva específica da gestação. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 1998; 20(5): 253-260.
16. Brown MA et al. Australasian Society of the Study of Hypertension in Pregnancy. The detection, investigation and management of hypertension in pregnancy: full consensus statement. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2000; 40(2);139-55.

***Endereço para correspondência:***

Nayara Rodrigues Gomes

Av. Walquiria, número 81, Condomínio Porto Seguro Itaparica, Casa 81, Vila Santos Dumont  
Goiânia – GO

CEP: 74910-430

e-mail: [nanargomes@hotmail.com](mailto:nanargomes@hotmail.com)