



Incidência de Notificação por Toxemia em Mulheres Negras, residentes no Brasil de 2009 a 2019

Raimunda Tânia Pinheiro de Oliveira¹; Caio Parente Barbosa²

Resumo: A gestação é o período responsável por manifestar no corpo da mulher intensas mudanças. Nesse sentido faz-se necessário chamar a atenção para os impactos provocados tanto na anatomia quanto na sua fisiologia. Problemas de saúde decorrentes da gestação ou aqueles preexistentes, são sinais de alerta para que sejam minimizadas quaisquer possibilidades de prejuízos à saúde da mãe e /ou do concepto. É comum que elas apresentem algumas doenças como Anemia, Doenças Hipertensivas da gestação, Diabetes Gestacional, Infecção do Trato Urinário, Sífilis e Hepatite B. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) complica a gravidez mais frequentemente, prejudicando de 5% a 10% das gestações, sendo identificada como uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. Este trabalho tem como objetivo destacar que o atendimento à gestante de alto risco deve ser executado por uma equipe interdisciplinar, buscando reduzir os riscos de um resultado desfavorável para mãe e/ou bebê/feto. Neste contexto, as Síndromes Hipertensivas da Gravidez (SHG), bem como as síndromes hemorrágicas e as infecções puerperais, são citadas como as principais causas de morbimortalidade materna em diversos países, imprimindo uma notoriedade importante no cenário da saúde pública mundial. Além destas, a obesidade e outras formas de hiperalimentação tem comprometido o bom andamento das gestações e ocasionado um percentual significativo de óbitos. Outro fator considerado como determinante para o desenvolvimento de complicações na gravidez é a idade materna e as gestações ocorridas acima dos 35 anos.

Palavras-chave: Indicadores de saúde, morbidade materna, causa de morte.

¹ Bióloga. Mestra pela Universidade Federal do Ceará, Ceará. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo. SEDUC-CE/SEDUC-JN/IES. ORCID: 0000-0001-7190-8540. E-mail: t.biologa@gmail.com.

² Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina do ABC. Mestre em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental pela Universidade Federal de São Paulo, Doutor em Medicina (Ginecologia) pela Universidade Federal de São Paulo. Professor Livre-Docente pela Faculdade de Medicina do ABC. Professor Titular de Saúde Sexual, Reprodutiva e Genética Populacional e orientador permanente de mestrado e doutorado do Centro Universitário FMABC, ORCID: 0000-0002-2922-0264 . E-mail: caiopb@uol.com.br.

Incidence of Toxemia Notification in Black Women, residing in Brazil from 2009 to 2019

Abstract: Pregnancy is the period responsible for manifesting intense changes in the woman's body. In this sense, it is necessary to draw attention to the impacts caused both in anatomy and in its physiology. Health problems resulting from pregnancy or pre-existing ones are warning signs so that any possibility of harm to the health of the mother and/or the fetus is minimized. It is common for them to present some diseases such as Anemia, Hypertensive Diseases of pregnancy, Gestational Diabetes, Urinary Tract Infection, Syphilis and Hepatitis B. Systemic arterial hypertension (SAH) complicates pregnancy more often, affecting 5% to 10% of pregnancies, being identified as one of the main causes of maternal and perinatal morbidity and mortality. This work aims to highlight that care for high-risk pregnant women must be performed by an interdisciplinary team, seeking to reduce the risks of an unfavorable outcome for the mother and/or baby/fetus. In this context, Hypertensive Syndromes of Pregnancy (HPS), as well as hemorrhagic syndromes and puerperal infections, are cited as the main causes of maternal morbidity and mortality in several countries, providing an important notoriety in the global public health scenario. In addition to these, obesity, and other forms of hyperalimentation have compromised the good progress of pregnancies and caused a significant percentage of deaths. Another factor considered as a determining factor for the development of complications in pregnancy is maternal age and pregnancies over 35 years of age.

Keywords: Health indicators, maternal morbidity, cause of death.

Introdução

O período gestacional corresponde a um processo natural que está permeado por diversas modificações fisiológicas em mulheres normotensas, entretanto, eventos desafiadores podem surgir durante esse período, sendo um deles relacionado à toxemia gravídica, uma enfermidade caracterizada por manifestações clínicas que ocorrem no final da gestação, sendo esta capaz de acometer variados sistemas da gestante, podendo evoluir para síndromes hipertensivas conforme suas manifestações clínicas¹. Durante esse período o organismo materno passa por mudanças anatômicas, fisiológicas e bioquímicas, as quais podem alterar o seu equilíbrio funcional, contribuindo para a ocorrência de patologias, que associadas a ausência de hábitos saudáveis, levam a gestante a situação de vulnerabilidade, o que pode causar discrepâncias nos parâmetros laboratoriais². Assim, é comum que elas apresentem algumas

doenças como Anemia, Doenças Hipertensivas da gestação, Diabetes Gestacional, Infecção do Trato Urinário, Sífilis e Hepatite B.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) complica a gravidez mais frequentemente, prejudicando de 5% a 10% das gestações, sendo identificada como uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. Suas proporções apresentam-se elevadas nas regiões Norte e Nordeste em relação ao Sudeste, Sul e Centro-Oeste^{3,4}. Inicialmente ocorre a hipertensão gestacional que se relaciona a níveis pressóricos e em 25% dos casos está associada à proteinúria, podendo então evoluir para pré-eclâmpsia, iniciada como processo toxêmico pelo aumento de peso (maior que 500g por semana), causando edema generalizado, logo após, aumento da pressão e, por fim, proteinúria¹. Essa situação leva ao surgimento de complicações no quadro clínico da gestante.

De modo geral, as síndromes hipertensivas se apresentam com elevada incidência mundial, contribuindo para as altas taxas de mortalidade materna tendo em vista que as principais causas de óbito materno são referentes a doenças hipertensivas específicas da gravidez, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e Síndrome de HELLP. Consta o diagnóstico de pré-eclâmpsia quando o valor for maior ou igual a 300 mg de proteínas na urina, relacionado ao aumento da pressão arterial (PA)⁵.

São elencados multifatores para a elevação da pressão arterial durante a gestação, dentre eles estão a obesidade, o uso excessivo de dieta hipersódica, má alimentação, diabetes mellitus e fumo, entre outros. Considerando os prejuízos que a hipertensão arterial causa a saúde da gestante e do novo ser em formação, torna-se essencial que esta seja diagnosticada precocemente através de uma monitorização. Para tanto será necessário que a paciente antes de aferir a pressão permaneça sentada e em repouso por pelo menos cinco minutos, que ela esteja com bexiga vazia, não tenha ingerido cafeína nos 30 minutos que antecedentes, além de ser necessário que o exame complementar sumário de urina (Tipo I) seja solicitado na primeira consulta de rotina, com a indicação de repetição do mesmo no período próximo à 30ª semana de gestação^{3,4}.

Os fatores de risco presentes na gestação podem ser identificados na assistência ao pré-natal, no decorrer da consulta. Esse acompanhamento contínuo constitui um mecanismo indispensável para a prevenção e/ou detecção de patologias. Sendo verificado um avanço no contexto de Toxemia, o acompanhamento evolui para um atendimento de urgência e se faz

necessário que algumas precauções sejam tomadas durante o processo de deslocamento, tendo como exemplo a estabilidade das vias aéreas, cateterismo vesical de demora e punção venosa.

É importante ressaltar que será necessário informar à paciente sobre quaisquer procedimentos a serem realizados, também será fundamental que se promova um ambiente de descanso, com caráter calmo e tranquilo, evitando que a gestante faça esforços físicos, além disso, é fundamental manter os membros inferiores elevados.

Os fatores de risco devem ser identificados e eliminados os seus potenciais. É importante a avaliação do peso, orientação quanto à dieta hipossódica e hiper proteica, controle da diurese, administração de drogas anti-hipertensivas e diuréticas conforme a prescrição médica⁵.

Uma das primeiras observações da equipe multidisciplinar, responsável pelo atendimento pré-natal, deve ser identificar as mulheres que possuem probabilidades estatísticas de desenvolver a hipertensão gestacional, e conseqüentemente a pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Os acompanhamentos de pré-natal devem ser consultas individualizadas, não estabelecendo intervalos de tempo determinados. Preventivamente e desde o início, as gestantes de alto risco, precisam ser atendidas pelo menos a cada duas semanas e mais frequentemente no final da gravidez¹.

Essa monitorização torna possível manejar a hipertensão arterial na gravidez e através deste será possível proteger a mãe dos efeitos deletérios da hipertensão, especialmente da hemorragia cerebral, além de minimizar a prematuridade, manter uma perfusão uteroplacentária adequada, reduzindo a hipóxia, o crescimento intrauterino restrito e o óbito perinatal^{3,4}.

A gravidez e o parto são eventos fisiológicos constituintes do ciclo vital de uma mulher, ocorrem normalmente e caracterizam-se por desfechos bem-sucedidos. Sobretudo, é considerável a quantidade de mulheres que evoluem com intercorrências durante esse processo, sendo estas frequentemente ligadas à existência de uma doença ou agravante prévio à gestação ou mesmo patologias características do período gestacional e que podem resultar em óbito ou causarem sequelas definitivas para a mãe e/ou concepto^{3,6,7}.

A Mortalidade Materna (MM) representa um grave problema de saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento, onde são notificados 99% dos óbitos maternos. Vale salientar que sua queda está prevista, sendo umas das Metas de Desenvolvimento do Milênio, que tem por objetivo reduzir a Razão de Mortalidade Materna (RMM) em três quartos até o final de 2015⁸.

Em termos gerais, a expressão MM ressalta a morte que acontece prematuramente, com causas evitáveis, expressando não somente a situação social das mulheres, mas, especialmente destacando as condições oferecidas em termos de organização e qualidade da atenção a ela oferecida. O elevado grau de evitabilidade no contexto da MM reflete as discrepâncias presentes nos serviços de atenção à saúde, que se acentuam pelas condições

socioeconômicas desfavoráveis. As discontinuidades e prejuízos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal representam as principais causas evitáveis das mortes de mulheres em idade reprodutiva, justificando a urgência em variadas iniciativas globais visando ampliar as intervenções e conseqüentemente sua redução¹.

Ao se desenvolver durante o período gestacional, a hipertensão pode estar intimamente ligada a fatores genéticos, fenotípicos e imunológicos, tais como diabetes obesidade, gravidez múltipara, doença renal, primiparidade, antecedentes pessoais ou familiares, hábito alimentar inadequado, sedentarismo e idade superior a 30 anos, hipertensão crônica e/ou pré-eclâmpsia⁹.

O percentual elevado de gestantes que apresentam hipertensão arterial associada a vários fatores de risco é de suma importância para que seja realizada uma avaliação completa da gestante a fim de identificar com antecedência os fatores de risco, implementar ações preventivas e manejar a gestante adequadamente durante todo o acompanhamento de pré-natal, visando minimizar os riscos de complicações e intercorrências^{10,11}.

O Ministério da Saúde, através da portaria n. 3.477, de 20 de agosto de 1998 dispõe que o atendimento à gestante de alto risco deve ser executado por uma equipe interdisciplinar, tendo por objetivo reduzir os riscos de um resultado desfavorável para mãe e/ou bebê/feto. Nesse sentido, é necessário que a equipe de saúde esteja preparada para combater quaisquer agravantes que possam prejudicar a gestação, integralmente, ou seja, considerando os aspectos clínicos, socioeconômicos e emocionais¹.

É necessário reconhecer que a mortalidade materna é um indicador efetivo da atenção à saúde da mulher e os contextos envolvendo essa realidade apontam para a urgência na adequação da assistência à sua saúde, especialmente durante o período gravídico puerperal. São fundamentais novas práticas de atenção à saúde da mulher, devendo trazer como referência o vínculo e a responsabilização dos cuidados obstétricos em situações como nos casos de gestação de alto risco⁸.

O atendimento especializado e a atenção qualificada, respeitando a existência digna das mulheres, bem como a humanização durante todo o processo de acolhimento com identificação

precoce da gestante no pré-natal, e encaminhamento ao pré-natal de alto risco, valorizando as queixas das mulheres na busca ativa, quando por algum motivo a gestante interrompeu a assistência a atenção no puerpério são pré-requisitos fundamentais para que as mortes maternas sejam evitadas. Nesses termos a ampliação e a garantia do acesso aos serviços de saúde bem como o comprometimento efetivo dos profissionais atuantes na assistência à mãe durante o pré-natal, o parto e também no puerpério são de fundamental importância para a manutenção das condições adequadas à vida⁸.

Material e Métodos

Trata-se de estudo ecológico com análise qualitativa, descritiva e de cunho retrospectivo, realizado a partir da utilização de microdados de natureza secundária, obtidos no sítio virtual do Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde-DATASUS, referentes as internações hospitalares e óbitos de maternos, causados por toxemia gravídica, em mulheres com idade entre 20 e 29 anos, residentes no Brasil¹².

Os microdados foram coletados por local de residência dos I – óbitos, II- internações hospitalares ou III- notificação da doença e a unidade de análise selecionada para este estudo foi as cinco regiões brasileiras. Foram incluídos todos os óbitos, internações ou notificações no período 2009 a 2019 e, cuja causa básica foi considerada como toxemia decorrente de hipertensão arterial e risco cardiológico de acordo com a 10a Revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10)²².

Como critérios de exclusão elegeram-se as mulheres que apresentem óbitos por causas/ riscos divergentes de quadro cardiológico decorrente de hipertensão arterial e com idade <10 ou > 55 anos.

Área de Estudo

A unidade de análise selecionada para este estudo envolveu as cinco regiões brasileiras. Através do banco de dados oficial de domínio público de informações de saúde no país, foram recolhidas as informações sobre as mortes e hospitalizações por toxemia decorrente de hipertensão arterial e risco cardiológico utilizados neste estudo.

Resultados e Discussão

Segundo o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG), a hipertensão classifica-se como crônica quando se possui uma Pressão Arterial (PA) sistólica ≥ 140 mmHg ou PA diastólica ≥ 90 mmHg em duas ocasiões antes da 20ª semana de gestação. Sendo assim, a hipertensão gestacional se desenvolve, após este período ocorrendo em aproximadamente, 5 a 10% de todas as gestações^{13,14}.

Neste contexto, as Síndromes Hipertensivas da Gravidez (SHG), bem como as síndromes hemorrágicas e as infecções puerperais, são as citadas como as principais causas de morbimortalidade materna em diversos países, imprimindo uma notoriedade importante no cenário da saúde pública mundial.

Conforme dados do DATASUS, (Tabela 1), no período entre 2009 a 2019, ocorreram 1.298 óbitos ocasionados por hipertensão gestacional com proteinúria significativa, sendo notificados 459 casos para a região Sudeste¹².

Tabela 1- Óbitos por hipertensão gestacional com proteinúria significativa, por região, no período de 2009 a 2019

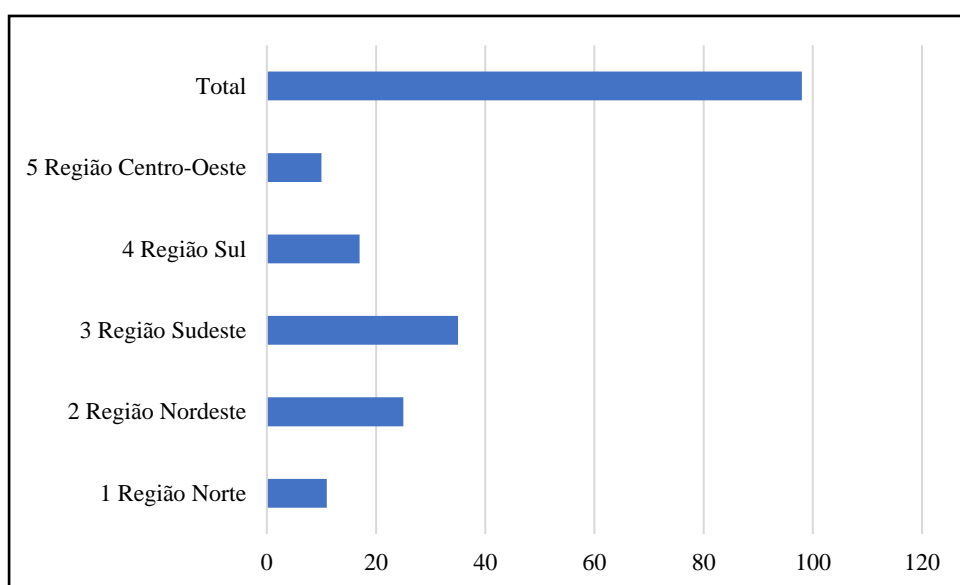
Região/Unidade da Federação	1 Região Norte	2 Região Nordeste	3 Região Sudeste	4 Região Sul	5 Região Centro-Oeste	Total
Região Norte	137	-	-	-	-	137
.. Rondônia	13	-	-	-	-	13
.. Acre	8	-	-	-	-	8
.. Amazonas	28	-	-	-	-	28
.. Roraima	6	-	-	-	-	6
.. Pará	71	-	-	-	-	71
.. Amapá	6	-	-	-	-	6
.. Tocantins	5	-	-	-	-	5
Região Nordeste	-	449	-	-	-	449
.. Maranhão	-	75	-	-	-	75
.. Piauí	-	33	-	-	-	33
.. Ceará	-	66	-	-	-	66
.. Rio Grande do Norte	-	20	-	-	-	20
.. Paraíba	-	40	-	-	-	40
.. Pernambuco	-	64	-	-	-	64
.. Alagoas	-	12	-	-	-	12
.. Sergipe	-	29	-	-	-	29
.. Bahia	-	110	-	-	-	110
Região Sudeste	-	-	459	-	-	459
.. Minas Gerais	-	-	134	-	-	134
.. Espírito Santo	-	-	27	-	-	27
.. Rio de Janeiro	-	-	111	-	-	111

.. São Paulo	-	-	187	-	-	187
Região Sul	-	-	-	123	-	123
.. Paraná	-	-	-	63	-	63
.. Santa Catarina	-	-	-	16	-	16
.. Rio Grande do Sul	-	-	-	44	-	44
Região Centro-Oeste	-	-	-	-	130	130
.. Mato Grosso do Sul	-	-	-	-	29	29
.. Mato Grosso	-	-	-	-	39	39
.. Goiás	-	-	-	-	42	42
.. Distrito Federal	-	-	-	-	20	20
Total	137	449	459	123	130	1298

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Deixar que a pressão arterial se eleve pode causar efeitos deletérios sobre vários sistemas, especialmente, o cerebral, o hepático, o renal e o vascular¹⁵. As SHG podem causar alterações clínicas e obstétricas (Figura 1), com implicações negativas tanto para a mãe quanto para o feto, influenciando no comprometimento da função renal, encefalopatia hipertensiva, falência cardíaca, deslocamento prematuro de placenta, associação com pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hemorragia retiniana, coagulopatias, restrição de crescimento intrauterino, sofrimento fetal, baixo peso, prematuridade e morte fetal^{16,7}. A eclâmpsia é um agravante que tem causado óbitos, independentemente da raça/cor das gestantes, e nesse contexto, a região Sudeste lidera esse ranking com a notificação de 35 ocorrências.

Figura 1- Mortes de mulheres brancas/pretas, com idade entre 20 a 29 anos, por eclâmpsia, em hospital, por regiões, no período de 2009 a 2019



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

A ocorrência da síndrome HELLP se dá quando uma paciente com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia apresenta um agravamento da doença e evolui para um quadro de hemólise, plaquetopenia e elevação das enzimas hepáticas. É considerada uma importante causa de morbimortalidade perinatal causada pela restrição de crescimento intrauterino (CIUR), e descolamento de placenta e prematuridade¹⁷. Desse modo, é possível confundir a Síndrome de HELLP com a Doença Hipertensiva Específica da Gestação, especialmente por apresentarem os sintomas iniciais parecidos, necessitando de exames laboratoriais específicos para confirmação do diagnóstico^{18,19}.

Alguns autores consideram a prematuridade como uma das complicações com ocorrências mais frequentes decorrentes da SHG, estabelecendo relação com as repercussões fetais e neonatais, devido a conduta obstétrica de interrupção da gestação, em virtude de comprometimento materno e/ou fetal e/ou em consequência a trabalho de parto prematuro. Outro fator considerado como determinante para o desenvolvimento de complicações na gravidez é a idade materna e as gestações ocorridas acima dos 35 anos, sendo avaliada como um dos fatores de risco para SHG^{10,7}.

Assim, conforme dados do DATASUS, foram relacionados alguns pré-requisitos que favoreceram a ocorrência de óbitos fetais (**Tabela 2**). Dentre eles estão o parto Cesário, e as consequências relacionadas a fatores maternos que afetam os fetos e recém nascidos¹².

Tabela 2- Óbitos durante o parto, de feto e recém-nascido afetados por fatores maternos, em gravidez única, por parto Cesário, no período: 2009-2019.

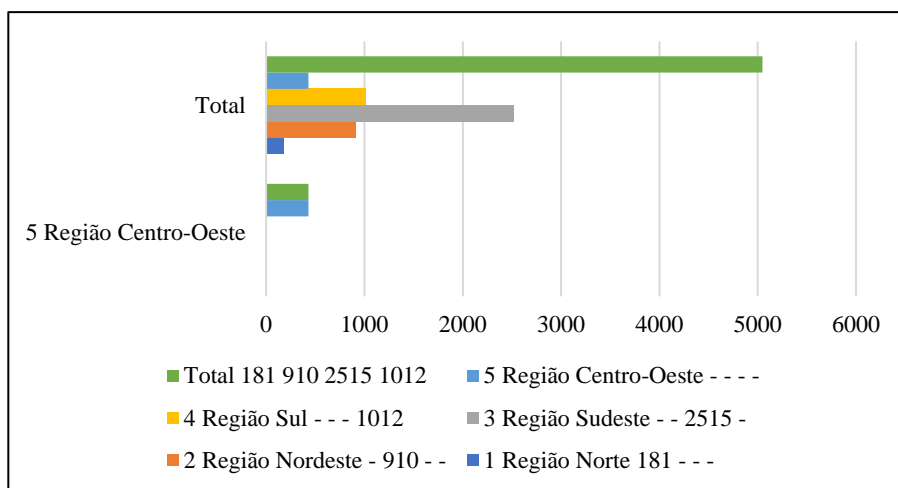
Região	Óbitos por local de Ocorrência
1 Região Norte	78
2 Região Nordeste	181
3 Região Sudeste	259
4 Região Sul	108
5 Região Centro-Oeste	59
Total	685

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Desse modo, os distúrbios hipertensivos que são notificados durante a gestação, associam-se na maioria das vezes a complicações maternas e fetais, e infelizmente ocorrem com bastante frequência. Estima-se que aproximadamente 30.000 óbitos maternos e 500.000 mortes perinatais anuais podem estar relacionadas aos distúrbios hipertensivos da gestação, tendo estes sido considerados como um dos principais agravantes da mortalidade e morbidade materna e

fetal no mundo²⁰. A obesidade e outras formas de hiperalimentação tem comprometido o bom andamento das gestações e ocasionado um percentual significativo de óbitos. Foram notificados um total de 5.049 casos (Figura 2), sendo 2.515 na região Sudeste e 1.012 na região Sul¹².

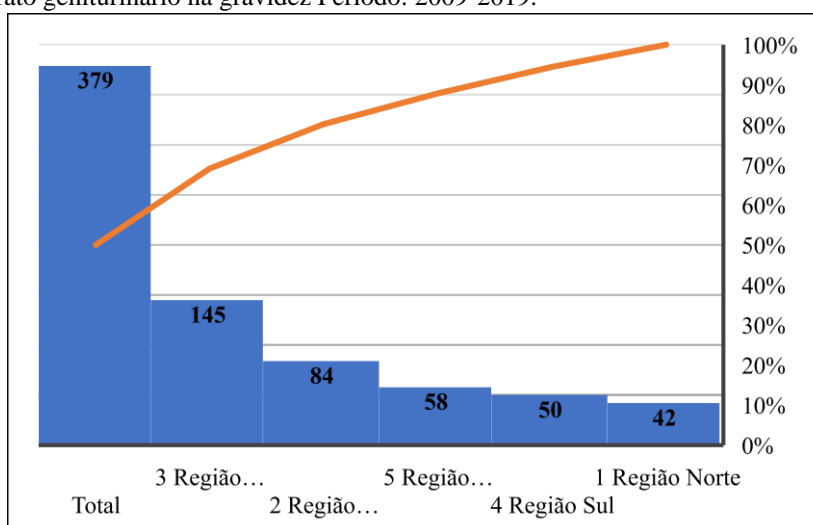
Figura 2- Óbitos mulheres idade fértil por Região segundo Região Grupo CID-10: Obesidade e outras formas de hiperalimentação Categoria CID-10: E66 Obesidade Período: 2009-2019



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade

Conforme dados abaixo (Figura 3), a ocorrência de mortes relacionadas a infecções do trato urinário em gestantes, totalizou 379 casos, nas regiões brasileiras, com destaque para a região Sudeste que notificou 145 óbitos.

Figura 3- Óbitos mulheres idade fértil segundo Região Categoria CID-10: O23 Infecções do trato geniturinário na gravidez Período: 2009-2019.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade

Segundo dados do ano de 2020, a pré-eclampsia tem afetado de 5-8% das gestações nos Estados Unidos e 8 milhões de gestações em todo o mundo, chegando a evoluir para eclampsia, com elevação de pressão arterial grave, edema cerebral, convulsões e resultando até mesmo em morte materna, sendo responsável por 15-20% da mortalidade desse grupo, além de associar-se a quadros de nascimento pré-termo e baixo peso para a idade gestacional, com porcentagens de 10-15%, o que representa dados consideráveis no contexto obstétrico^{21,20}.

Diante do exposto, é válido ressaltar que existem políticas públicas que visam ao acolhimento à gestante, com o seu acompanhamento de pré-natal, bem como o cuidado durante todos os eventos que configuram a gestação, o parto e o puerpério. Entretanto, muitas são as notificações de óbitos de mulheres inseridas nesse contexto, especialmente devida a deficiência na oferta desse cuidado.

Referências

1. SILVA, S.do N.; Santos, M.A.P; Campos, N.P.dos S. de; Souza. C. de; Gonzaga. M.F. N.; Pereira, R.S.F.; Soares. A.P.G. A importância do pré-natal na prevenção da toxicemia gravídica e o papel do enfermeiro. **Revista Saúde em Foco** – Edição nº 9 – Ano: 2017.
2. PRIMO, C. C.; TREVIZANI, C. C.; TEDESSO, J. C.; LEITE, F. M. C.; ALMEIDA, M. V. S; LIMA, E. F. A. Classificação Internacional para Prática de Enfermagem na Assistência Pré-Natal. **Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem**, v.6, n.1/5, 2015. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/571>> Acesso em outubro 2016.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5.ed.Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 4.CAMBOIM, J. de S.; Lima, M.N. F. de A.; Leite, K. N. S.; Sousa, K. M. de O. Patologias que mais acometem as gestantes: análise documental. Temas em Saúde. Volume 17, Número 3. ISSN 2447-2131. João Pessoa, 2017.
5. LIMA, C. A. de O; Silva, P. A. L. da; Sales, W. H. dos S; Aoyama, E. de A; Lima, R. N. de. Intervenção do enfermeiro nos fatores de risco da toxemia gravídica. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**. ReBIS [Internet]. 2019; 1(4):50-4.
6. SANTOS, E.M.F., AMORIM, L.P., COSTA, O.L.N., OLIVEIRA, N., GUIMARÃES, A.C. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2012; 34(3):102-6

7. Neto, H.N.de M.; Soares, F.A. de F.; Anjos, C. V.dos.; Nascimento, E. F. do.; Santos, J. P.dos. **ReonFacema**. 2018 Jul-Set 4(3):1231-1237
8. Ruas, C.A.M.; Quadros, J.F.C. ; Rocha, J.F.D.; Rocha, F.C.; Neto, G.R.de A.; Piris, Á.P.; Rios, B.R.M.; Pereira, S.G.S.; Ribeiro, C.D. A.L.; Leão, G.M.M.S. Perfil e distribuição espacial da mortalidade materna . **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, 20 (2): 397-409 abr-jun., 2020.
9. ARAÚJO, I. F. M., SANTOS, P. A. & Franklin, T. A. Síndromes Hipertensivas e fatores de risco associadas a gestação. **Revista de Enfermagem**, 2017, 10 (11),4254-4262.
10. COSTA LC, CURA CC, PERONDI AR, FRANÇA VF,BORTOLOTTI DS. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enferm.**Abr/jun; 21(2): 01-08.2016.
11. SOUSA, D. T. R. de .; SILVA, E. de J. .; ARAÚJO, R. V. Nursing care for the prevention and management of hypertension in pregnant women in Primary Care. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 6, p. e1410615464, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.15464. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15464>. Acesso em: 24 feb. 2022.
12. DATASUS 2010. www.datasus.gov.br. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde**.
13. DUTRA, Gláucya et al. Prenatal Care and Hypertensive Gestational Syndromes: a systematic review. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / Rbgo Gynecology And Obstetrics**, [S.L.], v. 40, n. 08, p. 471-476, 20 jun. 2018. Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1660526>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/8F777pJXMrDprNs7wKbF3MpH/?lang=en>. Acesso em: 17 set. 2021.
14. FARIA, M. L. B. de.; OLIVEIRA, P. H. P. de. Hipertensão induzida pela gravidez: fatores predisponentes, riscos à saúde da mulher e tratamento. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.10, p. 21082-21098 oct. 2021. DOI:10.34117/bjdv7n10-206
15. NOBREGA, M. F., SANTOS, M. T. B. R., DAVIM, R. M. B., O, F. M., ALVES, E. S. R. C. & R, E. S. R. C. (2016). Perfil de gestante com síndrome hipertensiva em uma maternidade pública. **Revista de Enfermagem**, 5(10), 1805-1811.
16. Zanatelli C, Doberstein C, Girardi JP, Posser J, Beck DGS. Síndrome hipertensiva da gestação: estratégia para redução da mortalidade materna. **Rev Saúde Integrada**.2016; 9(17):1-5.
17. SOUZA, R.; GROCHOWSKI, R.A.; MOUTINHO JUNIOR, C.A.; GROUPI, B.; REZENDE, C.A.L. Diagnóstico e conduta na Síndrome HELLP. **Rev. méd.** Minas Gerais. v.19, n.4,supl.3, S30-S33.2009
- 18.SANTOS, M.R.P.P.N. dos; OLIVERIA, A.H.A. de; SOUZA, P.G.V.D, de. A importância dos exames laboratoriais para o diagnóstico diferencial da Síndrome de HELLP. **Brazilian Journal Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 6, p.17474-17486. nov./dez. 2020

19. KREBS, V. A.; SILVA, M. R. da.; BELLOTTO, P. C. B. Síndrome de Hellp e Mortalidade Materna: Uma revisão integrativa / Hellp Syndrome and Maternal Mortality: An Integrative Review **Brazilian Journal of Health Review**. Curitiba, v.4, n.2, p. 6297-6311 mar./apr. 2021. ISSN: 2595-6825 2021

20. CRUZ, M. M. da.; CASTRO, A. C. G.de.; ALCÂNTARA, F. P. de; CAUS, H. Q. de A.; SILVA, J. M. S. da.; NEVES, J. N.; FARIA, M. L. B. de.; OLIVEIRA, P. H. P. de. Hipertensão induzida pela gravidez: fatores predisponentes, riscos à saúde da mulher e tratamento. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.10, p. 21082-21098 oct. 2021. DOI:10.34117/bjdv7n10-206.

21. QU, Hongmei; KHALIL, Raouf A.. Vascular mechanisms and molecular targets in hypertensive pregnancy and preeclampsia. **American Journal Of Physiology-Heart And Circulatory Physiology**, [S.L.], v. 319, n. 3, p. 661-681, 1 set. 2020. American Physiological Society. <http://dx.doi.org/10.1152/ajpheart.00202.2020>.

22. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima Revisão (CID-10). 8.a ed. São Paulo: **Edusp**; 2000.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

OLIVEIRA, Raimunda Tânia Pinheiro de; BARBOSA, Caio Parente. Incidência de Notificação por Toxemia em Mulheres Negras, residentes no Brasil de 2009 a 2019. **Id on Line Rev. Psic.**, Outubro/2023, vol.17, n.68, p. 385-397, ISSN: 1981-1179.

Recebido: 10/08/2023; Aceito 17/09/2023; Publicado em: 31/10/2023.