

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

KAROLINE QUEIROZ MARTINS ALMEIDA DE ARAÚJO

**PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
À GESTANTE VÍTIMA DE ECLÂMPSIA**

FLORIANÓLPOLIS/ SC

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

KAROLINE QUEIROZ MARTINS ALMEIDA DE ARAÚJO

**PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
À GESTANTE VÍTIMA DE ECLÂMPSIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Ms. Luciene Silva de Souza

FLORIANÓPOLIS/ SC

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado Protocolo de assistência de Enfermagem à gestante vítima de eclâmpsia de autoria da aluna Karoline Queiroz Martins Almeida de Araújo foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado APROVADO no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área urgência e emergência.

Ms. Luciene Silva de Souza
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPLOIS/ SC

2014

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho às minhas filhas, Maria Fernanda e Maria Beatriz, pois toda a ausência em meu lar referida por elas ocorre na tentativa de promover uma vida mais confortável e prazerosa a elas. Em todos os momentos distantes de casa, elas estão sempre em meus pensamentos, e nada disso tem sentido sem o amor das minhas pequenas meninas. Que eu seja fonte de inspiração na determinação em busca de atingir os seus ideais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela possibilidade de realizar esse curso, permitir que eu esteja sempre me qualificando para que possa desempenhar minha profissão com cidadania e responsabilidade.

Agradeço ao meu esposo, Jefferson Almeida por me apoiar nos meus projetos e cuidar de nossa casa durante a minha ausência, é um grande parceiro, e se Deus quiser, cresceremos juntos...

Agradeço a minha mãe por me apoiar sempre nas dificuldades e me lembrar que nessa vida, nem todos os dias são ruins e tudo sempre acabará bem...

Aos professores do curso pela disponibilidade e paciência em nos ajudar e facilitarem nossa caminhada.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3. MÉTODO.....	12
4. RESULTADO	13
4.1. Etapas de Elaboração do Plano de Ação.....	13
4.1.1. Método de Análise e Resolução de Problemas.....	13
4.2. Protocolo de Atendimento a Gestante Acometida por Eclâmpsia.....	15
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
6. REFERÊNCIAS.....	17

RESUMO

O objetivo do presente estudo é elaborar um protocolo de atendimento à gestante com eclâmpsia, para isso nos baseamos em bibliografias referente a assistência de enfermagem durante a eclâmpsia. Por ser enfermeira obstetra e trabalhar em um hospital universitário onde funcionam maternidade e pediatria, senti a necessidade de conhecer um pouco mais sobre o assunto, no momento em que percebi a especialização em urgência e emergência abordou de forma simples as urgências obstétricas, tão importantes para nossa prática diária. Além do estudo da hipertensão arterial na gravidez, ser de extrema importância, pois é a intercorrência clínica mais comum durante a gestação. Outra motivação em ler sobre o assunto foi perceber durante minha vivência no referido hospital, que a equipe de enfermagem não está preparada a prestar assistência qualificada a gestante vítima de eclâmpsia, fato que ocasionalmente pode trazer riscos a segurança da paciente. O enfermeiro, em sua atuação profissional, tem a oportunidade de identificar sinais e sintomas característicos da evolução da patologia e agir antes mesmo das complicações se instalarem, além de orientar e conduzir a equipe de enfermagem durante a urgência. Nesse sentido, objetivou-se elaborar um protocolo de atendimento de enfermagem sistematizado à pacientes com eclampsia a partir dos sinais e sintomas presentes durante a síndrome hipertensiva específica da gestação (SHEG).

Palavras Chaves: Gestante, Eclâmpsia, Enfermagem

1. INTRODUÇÃO

A gestação consiste em um período de mudanças no organismo da mulher, que o caracteriza como um fenômeno fisiológico. No entanto, em algumas mulheres pode ocorrer agravos em seu percurso, colocando em risco a sua saúde e a do bebê. Entre as doenças maternas que ocorrem no período gravídico, a hipertensão induzida pela gravidez foi considerada uma das que possui mais efeitos nocivos no organismo materno e fetal, podendo levá-los à morte (PASCOAL, 2006).

No Brasil, a hipertensão arterial na gravidez constitui a primeira causa de morte materna. Nas capitais brasileiras, os transtornos hipertensivos lideram as causas desse tipo de morte, representando em torno de 25% dos óbitos maternos investigados (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004). O indicador em saúde para avaliar a mortalidade materna é a Razão de Mortalidade Materna (RMM) que é o número de óbitos maternos por grupo de 100.000 nascidos vivos/ano. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) considera como aceitável no máximo 20 óbitos maternos para cada grupo de 100.000 nascidos vivos/ano. Em 2012, o Rio Grande do Norte teve 60,2 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Em 2013, em apenas cinco meses, já foram notificados cerca de 40 casos de mulheres em idade fértil que estão sendo investigadas pela equipe de vigilância de óbito da Secretaria de Saúde Pública.

A hipertensão é a uma das mais sérias e comuns complicações da gravidez, ocorrendo em aproximadamente 7% de todas as gestações. É responsável por 15 a 20% da mortalidade materna, assim como contribui significativamente para a morbidez e para a mortalidade perinatal (ZEIGEL, 1985).

A hipertensão arterial em gestantes caracteriza-se pela presença de pressão arterial sistólica acima de 140 mmhg e)ou diastólica acima de 90mmhg ou mais, em duas aferições com intervalos de quatro horas, ou a presença de pressão arterial diastólica de 110mmhg em uma única medida (LIMA, 2006).

Apesar da hipertensão gestacional assumir diferentes formas e de existirem inúmeras denominações clínicas para o aumento da hipertensão na gravidez (VILLAR et al, 2006), a síndrome hipertensiva específica da gravidez tem lugar de destaque. A expressão SHEG, atualmente, vem sendo utilizada, nos meios profissional e acadêmico, em substituição à expressão doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) (PEIXOTO; MARTINEZ; VALLE, 2008).

A síndrome hipertensiva específica da gestação (SHEG) é uma ocorrência de grande morbimortalidade materna e perinatal, possuindo uma elevada taxa de incidência e de prevalência no nosso país, ocupando o primeiro lugar dentre as afecções próprias do ciclo gravídico-puerperal e a primeira causa de morte materna, principalmente quando se instala em uma de suas formas graves, como a eclampsia e a síndrome HELLP, interferindo de forma significativa, nas gestações de mulheres primíparas e multípara (NEME, 2005).

Essa síndrome caracteriza-se por hipertensão arterial, acompanhada de proteinúria com ou sem edema, sendo estes achados chamados de tríade da SHEG. Seu diagnóstico é feito por volta da 24ª semana gestacional, a eclampsia é a forma mais grave, apresenta além da hipertensão gestacional, crises convulsivas consequentes aos efeitos cerebrais profundos da pré-eclâmpsia (ANGONESI; POLATO, 2007).

A doença renal, o diabetes, a obesidade, a gravidez múltipla, a primiparidade, a faixa etária acima dos 30 anos, os antecedentes pessoais ou familiares de SHEG ou hipertensão arterial crônica e a raça negra são fatores descritos pela literatura que podem contribuir no aumento do risco de desenvolvimento tanto da hipertensão gestacional quanto da pré-eclâmpsia (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008).

A SHEG causa muitas complicações tanto para a mãe, como para a criança, podendo ser letal para os dois ou deixando sérias sequelas. Algumas complicações: descolamento de placenta, prematuridade, retardo do crescimento intra-uterino, morte materno-fetal, oligúria, crise hipertensiva, edema pulmonar, edema cerebral, trombocitopenia, hemorragia, acidente vascular cerebral, cegueira, intolerância fetal ao trabalho de parto e síndrome HELLP (ANGONESI; POLATO, 2007).

Os sinais cardinais da pré-eclâmpsia são três: hipertensão, edema e proteinúria. A presença de hipertensão mais edema ou proteinúria, ou ambos diagnosticam essa condição. A ocorrência de convulsão ou coma, além dos sintomas de pré-eclâmpsia, caracteriza a eclâmpsia (ZIEGEL, 1985).

A gestação de risco implica em necessidades especiais para a mulher, tratando-se de uma situação delicada, na qual a esperança do sucesso da evolução da gestação até o termo se confronta com as complicações presentes ou potenciais (GOUVEIA; LOPES, 2004). No momento que é detectada a SHEG, essa gestante passa a ser especial, necessitando de maior atenção.

Baseado na necessidade de assistir essa gestante potencialmente grave, de forma eficaz, tem como objetivo elaborar um protocolo de atendimento de enfermagem às pacientes portadoras de eclampsia admitidas na maternidade em que atuo como enfermeira. Visando a melhoria da assistência de Enfermagem às pacientes gestantes

potencialmente graves atendidas no hospital e a Sistematização do atendimento de enfermagem realizado às pacientes gestantes portadoras de eclâmpsia.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A desigualdade social gera graves implicações na evolução da gestação, podendo levar ao aumento da mortalidade materna, por esse motivo, a mortalidade materna é considerada um indicador sensível da condição de vida e saúde de uma população. Portanto, o enfrentamento da morte materna exige ações governamentais para a melhoria na qualidade da assistência prestada a mulheres, bem como ações intersetoriais, sendo fundamental a articulação com os diferentes segmentos da sociedade civil organizada (BRASIL, 2004).

Os índices de mortalidade materna e neonatal do nosso país se apresentam em patamares elevados, mostrando que programas nacionais ou estaduais existentes não conseguiram de fato reorganizar os serviços de atendimento a gestante (BRASIL 2007).

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal é um movimento político que surge estruturado nos programas e nas ações do setor saúde, mas que não se restringe a esse setor, sendo a expressão da política de governo para enfrentamento da problemática que envolve morte materna e neonatal. Consiste no conjunto de ações articuladas, das diferentes esferas de governo, pela qualificação da atenção obstétrica e neonatal e que não podem prescindir da atuação da sociedade civil organizada (BRASIL, 2007).

Dentre as causas mais frequentes de morte materna destacam-se a pré-eclâmpsia e a hipertensão gestacional, definidas por aumento dos níveis pressóricos após a vigésima semana de gestação associado ou não a proteinúria. Na fase inicial a doença é assintomática, porém, quando o problema não é tratado ou a gestação não é interrompida, evolui para as formas graves, como a eclâmpsia e a síndrome HELLP (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

Em função da doença, a realização de um pré-natal de qualidade e o atendimento apropriado da gestante hipertensa no parto e no pós-parto são medidas fundamentais para um melhor controle desse evento, tornando-se primordial para a redução de complicações da hipertensão no ciclo gravídico-puerperal que geralmente determinam altos índices de mortalidade materna (VEGA; KAHHALE; ZUGAIB, 2007). O enfermeiro participa desde o planejamento familiar até o pós-parto, logo é o profissional que pode fazer a diferença na identificação precoce de sinais e sintomas da hipertensão gestacional podendo diminuir a possibilidade de complicações.

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática

assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado, promovendo um cuidar de enfermagem contínua, mais justa e com qualidade para o paciente (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006).

A sistematização e a organização da assistência de enfermagem são fundamentais diante do cuidado altamente especializado e complexo que é requerido do enfermeiro que atua no centro obstétrico, objetivando uma assistência de qualidade (BITTAR ; PEREIRA ; LEMOS, 2009).

Considerando a relevância do problema que trata a mortalidade materna, identificado as fragilidades da assistência de enfermagem no serviço que atuo como enfermeira e a necessidade de sistematizar essa assistência, proponho a elaboração de um protocolo de atendimento à gestante acometida por eclampsia, pela equipe de enfermagem.

O protocolo foi construído considerando o guia de urgências e emergências maternas do Ministério da Saúde para complicações obstétricas, será utilizado após discussão com todos os membros da equipe, aplicado em forma de lista de verificações (checklist).

3. MÉTODO

O protocolo será proposto e utilizado como plano de ação no Hospital Universitário Ana Bezerra, com o objetivo de melhorar a assistência de enfermagem às gestantes potencialmente graves, especialmente as acometidas por eclampsia, caracterizando uma tecnologia de concepção. Por não se tratar de uma pesquisa e não ter sido utilizados dados relativos aos sujeitos, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa.

O Hospital Universitário Ana Bezerra localiza-se em Santa Cruz, no Rio Grande do Norte, na região do Trairi, atendendo toda a região. Esta unidade hospitalar tem investido num serviço qualificado com especial atenção à mulher e a criança. Atende urgências obstétricas de baixa e média complexidade, realiza partos normais e cesáreas.

No levantamento bibliográfico foram consultados materiais disponíveis na internet, nas bases de dados como biblioteca virtual em saúde (BVS), SCIELO, Bireme de enfermagem, revistas eletrônicas e livros que tratassem sobre o assunto.

4. RESULTADO E ANÁLISE

Considerando a minha vivência como enfermeira obstetra, atuando em uma maternidade de atendimentos de média complexidade, e percebendo a cada atendimento a desorganização da assistência, a falta de identificação das prioridades pela equipe sentiu a necessidade de propor um protocolo de atendimento com o objetivo de melhorar e sistematizar a assistência de enfermagem.

A escolha pelo plano de ação deve-se porque essa ferramenta ajuda no uso do tempo de maneira eficiente e organizada. Orienta a equipe para o cuidado qualificado, direcionado ao alcance das metas pré-definidas.

Para Figueiredo (2002), o plano de cuidados de enfermagem é um plano de ação elaborado para ajudar a prestar cuidados de qualidade para o paciente.

O plano de ação colabora com a sistematização da assistência de enfermagem, uma vez que sua implementação fará com que a equipe atue de forma rítmica, organizada e eficiente.

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e realizar o cuidado embasado nos princípios do método científico (RUPPEL et al, 2009).

4.1. ETAPAS PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO:

O instrumento utilizado para a elaboração do plano de ação foi o método de análise e resolução de problemas (MASP), método científico, universal baseado nos estudos de Descartes, tem como objetivo a resolução de problemas ou situações técnicas identificadas na prática assistencial (CERQUEIRA, 1995).

4.1.1. MÉTODO DE ANÁLISE E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

a) Identificação e definição do problema: identifica-se um problema pela diferença entre o que está realmente ocorrendo em uma situação (o real) e o que se desejaria que sucedesse (o ótimo). Nem sempre é tarefa fácil distinguir entre o real e o ideal. Para distinguir o que realmente constitui um problema é necessário descrever objetivamente a situação inicial, assim como foi percebida no momento em que ocorreu. Esta descrição deve ser feita por escrito.

Problema: o atendimento desorganizado e ineficiente realizado pela equipe de enfermagem durante o atendimento à gestante portadora de eclâmpsia.

b) Coleta e análise de dados: nesta etapa todos os membros da equipe envolvidos na situação deverão ser ouvidos, a fim de obter informações mais detalhadas sobre o problema. A informação subsidiará a decisão sobre o que será feito. A análise dos dados colhidos requer ampliação do universo de observações sobre o problema, utilizando o pensamento criativo, através de sentimentos, opiniões, etc., a fim de obter evidências objetivas que possam ser utilizadas no processo de análise. A análise de dados caracteriza-se pela distinção das informações relevantes ao fato, de modo que possibilite o estudo da situação, procurando chegar às causas e aos fatores envolvidos no problema. Tem por objetivo visualizar o problema segundo diversas dimensões, podendo às vezes, acrescentar ou modificar a natureza do problema definido anteriormente. A partir do conhecimento dos fatos, deve-se procurar definir novamente o problema, à luz de novas informações. A coleta e a análise de dados seria realizada em reuniões onde houvesse a participação dos membros da equipe de enfermagem a fim de identificar informações mais detalhadas do problema.

c) Procura de soluções alternativas: Devem-se contemplar as várias soluções alternativas de que dispõe e quais as possíveis conseqüências de cada uma delas. Além das experiências vivenciadas, os hábitos e rotinas passadas, o enfermeiro também utilizar outras fontes como revisão bibliográfica, consulta a especialistas, consulta a registros e exploração de opiniões diferentes, bem como a criatividade na definição de soluções alternativas. Depois de relacionar as ideias, é necessário estudar cada solução para antecipar seus resultados positivos ou negativos. A escolha de alternativas criativas são menos centralizadoras e mais participativas, valorizam o elemento humano no trabalho e na execução de suas tarefas diárias. Essas alternativas para solução do problema seriam tratadas em grupo, assim como a construção e a aplicação do protocolo de atendimento as gestantes acometidas por eclâmpsia.

d) Implementação e Avaliação: Sucedem à escolha da melhor alternativa, levando a decisões sequenciais para a operacionalização e posterior avaliação prática. É quase uma conseqüência natural quando o grupo envolvido participa durante a definição e escolha das alternativas para a resolução do problema. Considerando a aceitação do protocolo pela a equipe de enfermagem e demais profissionais envolvidos, partiríamos para a implementação do protocolo institucionalizado, para posterior avaliação dos resultados.

4.2. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTE ACOMETIDA POR ECLÂMPZIA

PROCEDIMENTOS	SIM	NÃO
1. Admissão da paciente, realizando anamnese e exame físico completo e verificação de sinais vitais;		
2. Controle de convulsões através de administração de fármacos prescritos		
3. Contenção e proteção da paciente durante as convulsões		
4. Checar material de urgência		
5. Manter em dieta zero		
6. Manter vias aérea pérvias, aspirar secreções se for necessário		
7. Puncionar acesso venoso de bom calibre		
8. Monitorização cardíaca e oximetria de pulso		
9. Instalar oxigênio úmido a 6 litros por minuto		
10. Administrar antibioticoterapia se prescrito		
11. Realizar monitorização fetal contínua através da cardiotocografia		
12. Realizar sondagem vesical de demora para controle de diurese		
13. Avisar ao centro cirúrgico a necessidade de interrupção da gravidez		
14. Realizar transporte seguro para o centro cirúrgico		

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a aplicação do protocolo, espera-se que as gestantes atendidas no Hospital Universitário Ana Bezerra acometidas por eclâmpsia sejam melhor assistidas, por uma equipe de enfermagem que segue protocolos institucionais com o objetivo de qualificar o atendimento e diminuir a incidência de mortalidade materna relacionada a complicações hipertensivas.

O protocolo ainda não foi implementado, pois há a necessidade de realizar discussões para aprimoramento do instrumento e empoderamento da equipe para seu uso.

Acredito que sua aplicação vinculada à realização de capacitação da equipe de enfermagem para identificação de sinais de complicações de gestantes atendidas potencialmente graves, fará a diferença no atendimento a essas gestantes.

REFERÊNCIAS

1. ANGONESI, J., POLATO, A. **Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG)**, incidência à evolução para síndrome de HELLP. RBAC. 2007; 39:243-245. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-490966> Acessado em: 18 mar. 2014.
2. ASSIS, T. R., VIANA, F. P., RASSI, S. **Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação**. Arq. Bras. Cardiol. 2008; 91:11-17. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-486803> Acessado em: 08 abr. 2014.
3. BITTAR DB; PEREIRA LV; LEMOS RCA. **Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico**: proposta de instrumento de coleta de dados. Texto & Contexto Enferm. 2006; 15(4):617-28.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**, 2004.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Urgências e Emergências Maternas: **guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**, 2ªed. 2002 Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização, 2004.
7. CERQUEIRA, EP. **Metodologia de análise e solução de problemas**. Editora Pioneira, 1995.
8. FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas**. São Paulo. Ed. Difusão Paulista de Enfermagem. 463 p. 2002.
9. GOUVEIA HG; LOPES MHBM. **Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco**. Rev Latino-am Enferm 2004;12(2):175-82.
10. GRECO, R.M. **As Funções Administrativas e o Planejamento em Enfermagem. Material Instrucional** elaborado para a Disciplina Administração em Enfermagem I Curso de Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora,2010.
11. LAURENTI R; JORGE MHPM; GOTLIEB SLD. **A mortalidade materna nas capitais brasileiras**: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev Bras Epidemiol. 2004;7(4):449-60.[[Link](#)]

12. LÉLIS A; MACHADO MFAS; CARDOSO MVLML. **Educação em saúde e a prática ao recém-nascido prematuro**. Rev Rene. 2009; 10(4):60-9.
13. LIMA SHM. **Associação entre distúrbios respiratórios do sono e pré-eclâmpsia**. [dissertação]. Brasília: Pós graduação em Ciências Médicas, Faculdade de Medicina; 2006.
14. NEME B. Obstetrícia básica. São Paulo: Sarvier; 2005.
15. PASCOAL, I.F. **Hipertensão e gravidez**. Rev. Bras. Hipertens. 2002; 9: 256-261.
15. PEIXOTO MV; MARTINEZ MD; VALLE NSB. **Síndromes hipertensivas na gestação: estratégia e cuidados de enfermagem**. Rev Edu Meio Amb Saúde. 2008;3(1):208-22. [[Link](#)]
16. PERAÇOLI JC, PARPINELLI MA. **Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(10):627-34.
17. RUPPEL, T C et al . **Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 62, n. 2, Apr. 2009.
18. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10ª revisão. 1993. Washington:OMS
19. VEGA CEP; KAHHALE S; ZUGAIB M. **Maternal mortality due to arterial hypertension in São Paulo city (1995-1999)**. Clinics. 2007; 62(6):679-84.
20. VILLAR J; CARROLI G; WOJDYLA D; ABALOS E; GIORDANO D; BA'AQEEL H, et al. **Preeclampsia, gestational hypertension and intrauterine growth restriction, related or independent conditions?** Am J Obstet Gynecol. 2006;194(4):921-31. [[Link](#)]
21. ZIEGEL E. **Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1986. Oitava edição.