

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO A PACIENTES PORTADORAS DE
SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO**
NURSING'S ACTION AGAINST PATIENTS WITH SPECIFIC HYPERTENSIVE
MANAGEMENT SYNDROME

ABRAHÃO, Angela Caroline Martins¹
SANTOS, Raimunda Fernanda Souza¹
VIANA, Sílvia Regina de Gois¹
VIANA, Sueze Moraes¹
COSTA, Christina Souto Cavalcante²

¹ Especialistas em Enfermagem Obstétrica pelo Instituto Health. E-mais: angelacaroline1@hotmail.com; andasousa_12@hotmail.com; suzesilvia@hotmail.com; suezeviana@hotmail.com.

2. Orientadora; Enfermeira; Mestre em Ciências Ambientais e Saúde; Especialista em Saúde Coletiva e Docência Universitária; Docente do Instituto Health e Faculdade Estácio de Sá de Goiás. E-mail: chrissouto123@gmail.com.

RESUMO

Objetivo: Identificar a importância da assistência de enfermagem às gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. **Método:** Estudo bibliográfico, descritivo e exploratório, realizado busca no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e Bancos de dados em enfermagem (BDENF). **Resultados:** A Síndrome Hipertensiva da Gravidez (SHEG) apresenta como uma das mais importantes complicações durante o ciclo gravídico-puerperal e a sua etiologia ainda permanece desconhecida. A pré-eclâmpsia evolui naturalmente e quando não tratada/interrompida a gestação, ocorre o desenvolvimento para as formas mais graves, especialmente, a eclâmpsia e a síndrome HELLP. É de grande importância que o profissional de enfermagem atue de forma mais efetiva e presente, para que as reais necessidades das pacientes sejam supridas, havendo melhora do quadro clínico e eventuais complicações sejam evitadas. **Conclusões:** A assistência efetiva durante o pré-natal, pelos profissionais, diminui os índices de SHEG em

gestantes e as tiram do grupo de risco, principalmente as que possuem fatores predisponentes e etiológicos. Assim, é possível descrever a atuação do enfermeiro frente à patologia, observando a necessidade de um trabalho conjunto à uma equipe multidisciplinar para que ocorra um atendimento eficaz à gestante.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem; eclampsia; gestacional; síndrome HELLP

ABSTRACT

This study aimed to identify and characterize the importance of nursing care for pregnant women with Gestational Hypertensive Syndrome. **Method:** Bibliographic, descriptive and exploratory study, searches the database of the Virtual Health Library (VHL), Latin American and Caribbean Health Sciences Information System (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Banks. of Nursing Data (BDENF). **Results:** Hypertensive Pregnancy Syndrome (SHEG) is one of the most important complications during the pregnancy-puerperal cycle and its etiology is still unknown. Preeclampsia evolves naturally and when untreated / interrupted pregnancy develops into the most severe forms, especially eclampsia and HELLP syndrome. It is of great importance that the nursing professional acts more effectively and present, so that the real needs of patients are met, with improvement of the clinical picture and eventual complications are avoided. **Conclusions:** The effective prenatal care by professionals reduces the rates of SHEG in pregnant women and remove them from the risk group, especially those with predisposing and etiological factors. Thus, it is possible to describe the role of nurses in the pathology, noting the need for a joint work with a multidisciplinary team for effective care to pregnant women.

Keyword: Nursing care; eclampsia; gestational; HELLP syndrome

INTRODUÇÃO

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) é uma patologia obstétrica que merece grande atenção dos profissionais de saúde. Ela surge após a 20ª semana de gestação, sendo mais frequente no terceiro trimestre, e se desenvolve até o puerpério apresentando como principais características a hipertensão arterial, edema e/ou proteinúria. A SHEG pode ter evolução distinta em cada situação, levando a paciente à quadros de convulsão e coma, nos casos mais graves¹.

De acordo com o Magalhães², a pré-eclâmpsia pode surgir anterior à 20ª semana de gestação, na moléstia trofoblásticas gestacional, sendo predominante em mulheres primigestas. Assim, a SHEG, quando não tratada, evolui naturalmente para as formas graves, entre elas, a eclampsia e a síndrome HELLP.

As síndromes hipertensivas podem ser classificadas como:

Hipertensão crônica” (HC): acontece se uma mulher grávida tiver o diagnóstico de hipertensão antes da gravidez ou até a 20ª semana de gestação; “Hipertensão induzida pela gravidez” (HIG) ou “Síndrome hipertensiva específica da gestação” (SHEG): o quadro hipertensivo se desenvolve após a 20ª semana de gestação, mas não acompanhada de proteinúria; “Pré-eclâmpsia” (PE): agravamento da HIG, com presença de proteinúria; “Pré-eclâmpsia superposta” (PES), quadro de HC agravado durante a gestação pela presença de proteinúria; Eclampsia (EC): “eclampsia convulsiva”, agravamento com crises convulsivas; “eclampsia comatosa”, quando o quadro de pré-eclâmpsia culmina com o coma, na ausência de convulsões; Síndrome HELLP, quadro composto por hemólise, plaquetopenia e elevação das enzimas hepáticas (Aguiar et al, 2014)².

Pode-se afirmar que as síndromes hipertensivas ocorrem em cerca de 5-10% de todas as gestações no Brasil e estudos apontam que em algumas UTIs obstétricas de nosso país, as internações por agravamentos da hipertensão na gestação chegam a 90% dos casos³.

Dados da Organização Mundial de Saúde, 2014, apontam que as síndromes hipertensivas ocupam o segundo lugar no *ranking* de causas de mortes maternas, perdendo apenas para as mortes por hemorragias, sendo responsáveis por cerca de 14%

de todos os óbitos maternos do mundo, atingindo índices de até 22% na América Latina⁴.

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), as síndromes hipertensivas foram a *causa mortis* de 341 mulheres, em todo o Brasil durante o ano de 2016, no decorrer da gestação⁵.

A fim de diminuir os dados acima citados, a Organização Mundial de Saúde (OMS), preconiza o uso de protocolos assistenciais, assim como a prevenção e tratamento destes quadros com sulfato de magnésio. É constatado que o uso do sulfato de magnésio associado à assistência de qualidade, reduz em até 50% o risco de mortalidade por pré-eclâmpsia ou eclâmpsia⁴.

Diante deste quadro de alto índice de morbimortalidade, bem como a alta taxa de desfechos desfavoráveis, é de grande importância a atuação eficaz e segura do profissional de enfermagem, pois ao prestar uma assistência de enfermagem de qualidade, baseada em evidências científicas pode-se auxiliar as gestantes a prevenir a evolução das Síndromes Hipertensivas Gestacionais⁶.

Neste contexto é imprescindível que a assistência de enfermagem prestada às gestantes seja de forma a estabelecer vínculos de confiabilidade e qualidade de atendimento, tal atendimento estabelece as metas e planos de cuidados, ou seja, implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)⁴, que destaca a assistência do profissional de enfermagem não só como de recursos técnicos, mas também de realização do cuidado holístico, avaliando a paciente em todas as suas dimensões⁷.

Por tanto, temos como objetivo nesse estudo identificar a importância da assistência de enfermagem às Gestantes com Síndrome Hipertensiva Específica Gestacional.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo do tipo bibliográfico, descritivo e exploratório. Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e Bancos de dados em enfermagem (BDENF). Foram utilizados os descritivos: gestacional, eclâmpsia, assistência de enfermagem, HELLP Syndrome.

O passo seguinte foi uma leitura exploratória das publicações nos anos 2013 a 2017, foi consultado cerca de 35 artigos, dos quais 23 foram utilizados.

Como critério de inclusão: artigos publicados em português na íntegra que retratassem a temática indicadas nos bancos de dados nos últimos cinco anos. Após a leitura analítica, iniciou-se a leitura interpretativa destacando os pontos mais relevantes de interesse da nossa pesquisa, ressaltando as ideias principais e dados mais importantes.

RESULTADOS

Caracterização da Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG) se estabelece como uma das mais importantes complicações durante o ciclo gravídico-puerperal, pois apresenta elevado risco de morbidade e mortalidade tanto para a mãe quanto para o filho⁸.

Segundo Silva⁸, a etiologia da SHEG ainda permanece desconhecida, porém acredita-se que alguns fatores sejam os responsáveis por seu desenvolvimento, tais como predisposições genéticas, falha no desenvolvimento da placenta, aspectos imunológicos, anormalidades na coagulação sanguínea, má adaptação circulatória, aumento na produção e relação do tromboexano A2/PGI2 (prostaciclina), dentre outros. Tais fatores acarretam uma redução na pressão de perfusão uteroplacentária, gerando hipóxia/isquemia da placenta durante a gestação⁹.

De acordo com Bortoli¹⁰, outros fatores também podem ser responsáveis pelo desenvolvimento da SHEG como: diabete, raça negra, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 30 anos, doença renal, antecedentes pessoais ou familiares de hipertensão arterial crônica e pré-eclâmpsia.

A pré-eclâmpsia (PE) é uma síndrome que ocorre especificamente na gestação, ela surge após a 20ª semana, apresentando pressões iguais ou maiores que 140 x 90 mmHg, acompanhada de edema visível ou oculto, evidenciado pelo aumento do peso corporal e por uma importante proteinúria⁹.

Os processos fisiopatológicos pressupostos na PE ocorrem em dois estágios: em primeiro lugar é caracterizado pela redução da perfusão placentária, possivelmente relacionada à placentação anormal, remodelação inadequada das artérias espiraladas e deficiente invasão trofoblásticas. O segundo estágio relaciona-se às manifestações maternas sistêmicas que confluem para alterações da função vascular, podendo resultar em múltiplos danos nos órgãos¹¹.

A PE evolui naturalmente e quando não tratada ou não se interrompe a gestação, ocorre o desenvolvimento para as formas mais graves, especialmente a eclampsia e a síndrome HELLP².

Com a evolução do quadro surge a eclampsia que é definida como a manifestação de uma ou mais crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas e/ou coma, em gestantes com hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, na ausência de doenças neurológicas. Estudos demonstram que fatores como condições socioeconômicas precárias, baixo nível de escolaridade, comportamentos de risco (uso de bebidas alcoólicas), aspectos do peso da mãe antes e durante a gestação e deficiência nos cuidados pré-natais, são desencadeadores desse processo¹². Pode ocorrer durante a gestação, no período de evolução do trabalho de parto e no puerpério imediato. Raramente se manifesta antes da

vigésima semana de gestação¹⁰. A maioria das convulsões desencadeadas pela eclâmpsia ocorre antes do parto (67% dos casos) e, entre as que surgem no puerpério, ou seja, após 48 (3-14 dias) horas, em torno de 79%.

A eclâmpsia apresenta uma alta taxa de morbidade relacionada, principalmente, à prematuridade, sendo que a mortalidade perinatal oscila em torno de 30% dos casos¹³.

Essa patologia é normalmente precedida por sinais e sintomas da eclâmpsia iminente, onde ocorrem diversos distúrbios do sistema nervoso central (torpor, alterações comportamentais, obnubilação e cefaleia frontal/occipital), visuais (escotomas e amaurose) e gástricos (epigastria, vômitos e náuseas). A explicação clara para as convulsões ainda é desconhecida, assim algumas teorias como a encefalopatia hipertensiva com hiperfusão, o vasoespasm cerebral com isquemia local, a lesão endotelial e o edema vasogênico, são utilizadas para esclarecer tais ocorrências¹⁰.

A droga escolhida para o tratamento, assim como para a prevenção da convulsão na eclâmpsia é o sulfato de magnésio. Durante o tratamento a paciente deve ser constantemente monitorizada em relação à sua frequência respiratória, débito urinário, saturação de oxigênio e reflexos patelares¹⁴.

A assistência obstétrica adequada e de qualidade é a melhor forma para se evitar a eclâmpsia, cerca de 20% a 38% de gestantes que apresentam as convulsões apresentam valores da pressão arterial inferiores a 140 x 90 mmHg, anterior aos episódios convulsivos¹⁵. Outro quadro importante a ser descrito é a Síndrome HELLP descreve a condição em que a gestante com a pré-eclâmpsia ou eclâmpsia se encontra com hemólise, aumento das enzimas hepáticas e plaquetopenia. A associação entre esta patologia ao diagnóstico preexistente de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia aumenta a taxa de morbimortalidade da paciente.

Outro fator de grande importância que está associado à Síndrome HELLP é a Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD), caracterizando-se por alterações nas vias de controle e ativação da coagulação sanguínea, gerando um acentuado acúmulo de fibrina na microvasculatura, com conseqüente consumo de plaquetas e fatores de coagulação¹⁶.

A Síndrome HELLP ocorre em média de 0,5 a 0,9% de todas as gestações e em 10 a 20% das gestantes com diagnóstico de PE grave¹⁷. O diagnóstico da HELLP é realizado em tempo hábil e torna promissor para evitar a distensão, ruptura e hemorragia hepática e o surgimento de CIVD. Se após o parto houver o surgimento de qualquer um desses aspectos, poderá ocasionar futuramente uma doença consecutiva ou morte da puérpera e nascituro¹⁸. A sintomatologia da Síndrome HELLP é bastante inespecífica podendo ser confundida com outras condições próprias da gravidez, incluindo epigastralgia, vômitos, cefaleia, mal-estar e sintomas como de uma síndrome viral inespecífica, dificultando assim seu diagnóstico¹⁹. As principais complicações desta patologia são a insuficiência renal (8% das pacientes), descolamento prematuro da placenta (16% das pacientes) entre outras, tais como edema cerebral, descolamento de retina, edema de laringe e hematoma hepático e a CIVD (21% das pacientes)¹⁶.

Assim é essencial, para que a gestação ocorra de forma contínua e saudável, a detecção precoce da SHEG e da Síndrome HELLP, pois evita que haja o desenvolvimento de agravos tanto para a mãe quanto para o feto. Deve-se ter uma atenção especial voltada aos sinais e sintomas apresentados pela gestante, de forma individual, assim é de grande importância que o profissional faça uma avaliação detalhada, descartando possíveis complicações o quanto antes. Apenas através de uma avaliação eficiente pode-se obter uma conduta correta, onde será decidido se a gestação continuará ou será interrompida²⁰.

Atuação da enfermagem na SHEG

A SHEG, atualmente, é uma patologia que gera grande morbimortalidade materna e perinatal, tendo em si uma elevada taxa de incidência e prevalência no Brasil. Assim, torna-se de grande importância a assistência de enfermagem individualizada a cada uma das pacientes, sendo fundamental para que haja precocemente intervenções adequadas proporcionando uma gestação segura para a mãe e o feto⁶.

A detecção precoce de alterações na gestação é decisiva para que se evite a morbimortalidade do binômio mãe/filho, pois, segundo a literatura, cerca de 15% das gestações são caracterizadas como de risco²¹.

Ao analisar tais informações, compreende-se que o profissional enfermeiro possui competência e formação suficientes para praticar seus conhecimentos de cunho técnico científico na prática assistencial, visando um cuidado coerente, holístico e humanizado. Desta forma, a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), se torna uma atribuição específica do enfermeiro no planejamento dos cuidados para a gestante, diferenciando-o dos demais profissionais da equipe multidisciplinar²².

Segundo Chaves²³, observa-se a grande importância de uma assistência especializada, com a realização de um plano de cuidados individual, objetivando o controle da patologia e o bem-estar durante a gestação.

Pode-se concluir então que é de grande importância que o profissional de enfermagem seja mais presente, para que possa suprir as reais necessidades das pacientes⁷. Unindo a competência dos profissionais obstetras em identificarem precocemente fatores pré-existentes para o desenvolvimento da síndrome hipertensiva específica da gestação (SHEG) e o compromisso da mulher gestante em cuidar de si e de seu conceito, participando ativamente dos programas e consultas, será possível conseguir a diminuição dos índices de morte materna e fetal, dentre outras complicações⁸.

Diante do exposto, constata-se a importância do conhecimento pelos enfermeiros da patologia, pois só assim será possível atuar na prevenção e tratamento da SHEG, fornecendo às gestantes, clareza no esclarecimento de dúvidas, realizando uma assistência pré-natal de qualidade e tornando imprescindível a elaboração de planos e estratégias que objetivem a prevenção dessa patologia²³.

CONCLUSÃO

A realização desta pesquisa possibilitou um maior aprofundamento no conhecimento a respeito da SHEG e das complicações mais frequentes durante a gestação, o enfermeiro obstetra é imprescindível durante o acompanhamento de mulheres que apresentam aumento dos níveis pressóricos podendo acarretar complicações graves e às vezes levando à evolução de óbito materna e/ou fetal.

Assim é imprescindível um acompanhamento efetivo durante o pré-natal, favorecer o acompanhamento das alterações orgânicas, principalmente atentar para os índices de SHEG em gestantes que apresenta fatores predisponentes e etiológicos. Foi observado também que é fundamental a atuação do enfermeiro obstetra juntamente com o médico para que haja um atendimento eficaz e qualificado para a gestante, reduzindo assim complicações ao binômio mãe-filho.

Portanto, a importância da atuação do enfermeiro é indiscutível, pois tem a finalidade de conscientizar as mulheres que planejam uma gravidez e/ou aquelas que estão gestantes a realizarem o pré-natal de forma correta, e também, que esse profissional consiga identificar as formas graves ou não da patologia para realizar uma assistência de qualidade, de forma individual, promovendo um tratamento que atenda às suas necessidades.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Instituto Health, seu corpo docente, direção e administração que contribuíram para nossa formação em uma pós-graduação.

A todos os professores que nos proporcionaram o conhecimento, não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional.

À Profª. Ms. Christina Souto, pelo paciente trabalho de revisão do nosso artigo.

Aos familiares e amigos que pacientemente nos apoiaram na conclusão do curso de pós-graduação e;

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte de nossa formação, nosso muito obrigado.

REFERÊNCIAS

1. Brito KKG, Moura JRP, Sousa MJV, Brito JV, Oliveira SHS, Soares MJGO. Prevalência das síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG) Rev Pesq Cuidado é Fundamental. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. 2015;7(3):2717-25.
2. Aguiar LRS, Silva MGP, Feitosa WF, Cunha KJB. Análise de estudos sobre as condutas de enfermagem no cuidado a gestante com doença hipertensiva. Revista Interdisciplinar. 2014;7(1):204-15.
3. Mourão LF, Mendes IC, Marques ADB, Cestari VRF, Braga RMBB. Internações em UTI por causas obstétricas. Enfermeria Global. 2019;53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.302341>.
4. Ferreira MBG, Silveira CF, Silva SR, Souza DJ, Ruiz MT. Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: integrative review. Rev Esc Enferm. 2016;50(2):324-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200324&lng=en.
5. Ministério da Saúde (BR). DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS: Sistema de informações sobre mortalidade. 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.

6. Guerreiro DD, Borges WD, Nunes HM, Silva SCS, Maciel JP. Mortalidade materna relacionada à Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) em uma maternidade no Pará. *Rev Enferm UFSM*. 2014;4(4):825-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769213159>.

7. Oliveira KKPA, Andrade SSC, Silva FMC, Meneses LBA, Leite KNS, Oliveira SHS. Assistência de enfermagem a parturientes acometidas por pré-eclâmpsia/Nursing assistance to parturients affected by pre-eclampsia. *Rev Enferm UFPE*; 2016;10(5):1773-80.

8 Oliveira ACM, Graciliano NG. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(3):441-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300441&lng=en.

9 Melo WF, Oliveira BA, Saldanha HGAC, Sousa JS, Maracajá PB. A hipertensão arterialne o risco de pré-eclâmpsia: revisão bibliográfica. *Rev Bras Educ e Saúde*. 2015;5(3):2358-91.

10. Araújo IFM, Santos PA, Santos PA, Franklin TA. Síndromes hipertensivas e fatores de risco associados à gestação. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(supl.10):4254-62.

11. Martinez NF, Filgueira GCO, Machado JSR, Santos JET, Sandrim VC, Duarte G, et al. Características clínicas e laboratoriais de gestantes com pré-eclâmpsia versus hipertensão gestacional. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(10):461-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014001000461&lng=en

12. Lisonkova SJK. Incidence of preeclampsia: risk factors and outcomes associated with early- versus late-onset disease. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209(6):544.

13. Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC. Representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. *Rev Lat-Am Enferm*. 2013;21(3):726-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300726&lng=en.

14. Monterrosa-Castro Á, Romero-Pérez I, Caraballo-Olave E. Sulfato de magnesio y protección neuronal prenatal. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2013;78(3):201-08.

15. Li-Juan Liv, Sheng-Hui Li, Shao-Chuan Li, Zhi-Cheng Zhong, Hong-li Duan et al. Early onset preeclampsia in subsequent pregnancies correlates with early onset preeclampsia in first pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014;177:94-9.
16. Vanelli CM, Camargo IT, Ribas JLC. Síndrome HELLP: fisiopatologia e acompanhamento laboratorial. *Rev Saúde e Desenv.* 2017;11(6):242-57.
17. Araújo IFM, Santos PA, Santos PA, Franklin TA. Síndromes hipertensivas e fatores de risco associados à gestação. *Rev Enferm UFPE. Recife.* 2017;11(Sup110):4254-62.
18. Ribeiro JF, Melo SSS, Silva CC, Guimarães SVC, Santos TMMG. Síndrome Hellp: caracterização obstétrica e modalidade de tratamento. *Rev enferm UFPE. Recife,* 2017;11(Sup13):1343-48.
20. Pereira JS, Oliveira TS. Perfil obstétrico de gestantes com DHEG e a sua evolução para a síndrome de Hellp. *Repos Instit Univers Tiradentes.* 2015. Disponível em: <http://openrit.grupotiradentes.com:8080/xmlui/handle/set/937>. .
21. Saito PY, Teixeira NZF, Nakagawa JTT. Análise da assistência hospitalar dos casos de óbitos maternos: uma reflexão crítica. *Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro.* 2016;24(1):e12530.
22. Nascimento TLC, Bocardi MIB, Santa Rosa MPR. Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) em adolescentes: uma revisão de literatura. *Ideias & Inovação-Lato Sensu.* 2015;2(2):69-76.
23. Chaves APB, Mesquita SKDC, Ribeiro DK. Doença Hipertensiva Específica da Gestação: conduta de enfermeiros em Unidade Básica de Saúde. *Rev Univ Vale do Rio Verde.* 2014;12(1):648-54.