



A prevalência de gestantes portadoras de SHEG que evoluíram para síndrome HELLP em uma maternidade pública

Jussara Pereira Guimarães

Fisioterapeuta, especialista em Fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva, pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP)

Email: jussara-fisio@hotmail.com

Laysa Gabrielle Silva Medeiros

Graduada em Fisioterapia (FIP) e especialista em Fisioterapia na UTI neonatal e pediátrica

Email: laysa_gabrielle@hotmail.com

Francimery Costa Santos de Oliveira

Graduada em Fisioterapia (FIP) e especialista em Fisioterapia na UTI neonatal e pediátrica

Email: mery.fisio@hotmail.com

Suenny Fonsêca de Oliveira

Doutora em Psicologia Social e docente das Faculdades Integradas de Patos (FIP)

Resumo: O presente estudo teve um cunho exploratório. Sua natureza foi descritiva e seu tipo foi quantitativo. Com ele, procurou identificar a prevalência de gestantes portadoras da síndrome hipertensiva específica da gravidez que apresentaram a Síndrome HELLP em uma maternidade pública, no município de Patos, Estado da Paraíba. A referida síndrome constitui numa das formas mais graves de pré-eclampsia, agravando o prognóstico materno. O estudo foi desenvolvido por meio dos dados contidos em prontuários, referentes a gestantes portadoras de síndrome hipertensiva específica da gravidez, internadas na Unidade de Terapia Intensiva Materna de uma Maternidade pública localizada na cidade de Patos, Estado da Paraíba. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário contendo as variáveis estudadas, as quais foram obtidas por meio dos prontuários das gestantes portadoras de síndrome hipertensiva específica da gravidez. Foi possível constatar que o edema é o sintoma mais presente entre as mulheres que desenvolvem a síndrome hipertensiva específica da gravidez, representando, individualmente 55% dessas mulheres. O mesmo sintoma associado a outras complicações foi registrado em todas as titulares dos prontuários analisados. E, que a maioria das mulheres foi internada na Unidade de Terapia Intensiva da Maternidade de Patos, por ter desenvolvido a síndrome hipertensiva específica da gravidez com mais de 37 semanas de gestação. Os dados colhidos também demonstraram que a maioria dessas mulheres era primigesta; fez pré-natal, permaneceu internada por um período de 7 a 15 dias, foi medicada com hidralazina, sulfato de magnésio e metildopa. E que houve a determinação de uma prevalência da Síndrome de HELLP fixada em 5%.

Palavras-chave: Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez. Evolução. Síndrome HELLP.

The prevalence of pregnant women Sheg who developed HELLP syndrome in a public hospital

Abstract: The present study has an exploratory nature. His nature was descriptive and its type was quantitative. With it, sought to identify the prevalence of pregnant women from pregnancy-induced hypertension syndrome who had HELLP Syndrome in a public hospital in the city of Patos, Paraíba state. The syndrome is one of the most severe forms of preeclampsia, worsening maternal prognosis. The study was conducted using data contained in records, pertaining to pregnant women with hypertensive syndrome of pregnancy, hospitalized in the Intensive Care Unit of a public Maternal Maternity located in the town of Patos, Paraíba state. To collect data, we used a form containing the variables, which were obtained through medical records of pregnant women with hypertensive syndrome of pregnancy. It was found that the edema

is more prevalent symptom among women who develop pregnancy-induced hypertension syndrome, representing 55% of these women individually. The same symptom associated with other complications was recorded on all holders of the charts analyzed. And most women was admitted in the Intensive Care Unit of the Maternity Ducks for having developed specific hypertensive syndrome of pregnancy over 37 weeks gestation. The data collected also showed that most of these women were primiparous; did prenatal and was hospitalized for a period of 7 to 15 days, she was treated with hydralazine, methyldopa and magnesium sulfate. And there was a finding of a prevalence of HELLP Syndrome fixed at 5%.

Keywords: Specific Hypertensive Syndrome Pregnancy. Evolution. HELLP syndrome.

1 Introdução

Na gravidez, é comum a presença de distúrbios hipertensivos. Dentre esses distúrbios destacam-se a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG), responsável por um grande número de morte no período grávido-puerperal.

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez, também conhecida como Hipertensão Gestacional, é uma doença de alto risco, que, geralmente, surge no terceiro trimestre da gestação, caracterizando-se pelo aparecimento de hipertensão, edema e proteinúria (SANTOS et al., 2009).

Aguiar et al. (2007) ressaltam que por tratar-se de uma doença sistêmica, a SHEG acomete vários órgãos como rins (endoteliose capilar glomerular), vasos (vasoespasmos), fígado (necrose hemorrágica periportal), cérebro (isquemia e hemorragia), sangue (trombocitopenia e hemólise) e olhos.

Aguiar et al. (2009) define a síndrome HELLP como sendo uma variante da pré-eclampsia, caracterizando-se pela associação de plaquetopenia, aumento das enzimas hepáticas e presença de hemólise em paciente gestante.

Apesar de poder ocorrer isolada, essa síndrome geralmente aparece como complicação da pré-eclampsia, podendo ser reconhecida em 4% a 12% das gestantes pré-eclâmplicas.

Carvalho et al. (2008) afirmam que a Síndrome HELLP representa um quadro grave dentre as doenças hepáticas que acometem a gravidez, oferecendo alto risco de mortalidade materna e perinatal, acrescentando ainda que a mortalidade materna é extremamente variável, oscilando entre 1% e 24% dos casos, sendo os óbitos decorrentes em 80% das vezes de complicações do sistema nervoso central.

É importante ressaltar que a Síndrome HELLP aparenta ser a manifestação final de um insulto desconhecido, que determina diminuição dos níveis de prostaciclina e aumento dos de tromboxano (AGUIAR et al., 2009).

Vista como uma doença progressiva, essa síndrome aumenta os riscos da gravidez. Mulheres que apresentam diagnóstico de Síndrome HELLP, podem progredir para o quadro completo quando a

gestação não é interrompida (CARVALHO et al., 2008).

Em síntese, a síndrome HELLP é grave com consequências potencialmente letais para mãe e feto. Nela, a mortalidade materna é geralmente menor do que a mortalidade fetal. No entanto, quando ocorrem adicionalmente complicações hepáticas, esta pode chegar a 50%. O tratamento cirúrgico deve ser sempre pensado na vigência de quadro grave com ruptura hepática associada (FREITAS et al., 2009).

Os estudos sobre a gravidez de alto risco alcançaram uma nova dimensão na atualidade. E, que a realização dos exames devidos, bem como um completo acompanhamento no pré-natal, contribuem para o diagnóstico precoce da existência de problemas hipertensivos, que podem determinar uma gravidez de alto risco, evitando-se, assim, que em alguns casos, a pré-eclampsia evolua para a Síndrome HELLP.

Diante dessas considerações, o presente artigo tem por objetivo identificar a prevalência de gestantes portadoras de SHEG que apresentaram a Síndrome HELLP em uma maternidade pública, no município de Patos-PB.

2 Revisão de Literatura

2.1 Síndrome de Hipertensiva Específica da Gravidez: Considerações Gerais

Durante a gravidez, com uma grande frequência, ocorrem os chamados distúrbios hipertensivos, que constituem as complicações de maior relevância do período grávido-puerperal. Geralmente, entre esses distúrbios, o que merece mais atenção é a síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG).

A SHEG é um aumento da pressão arterial em uma gestante, que antes da gravidez não apresentava um quadro hipertensivo (normotensa). Ela pode ocorrer em qualquer gestante. No entanto, existem certos fatores predisponentes como: diabetes, hipertensão, doenças renais e ou cardíacas, gravidez múltipla, câncer, primigesta, gestantes jovens (MENEZES; LIMA; ROLIM, 2008).

Informam Santos et al. (2009) que a SHEG que era denominada doença, atualmente é

reconhecida como uma síndrome (conjunto de sinais e sintomas), acrescentando que a mesma contribui significativamente, tanto para a morbimortalidade materna quanto fetal. E, que é difícil estabelecer a incidência de SHGE. Entretanto, a mesma pode ocorrer em 10% das gestantes, principalmente, em nulíparas e em mulher de baixo nível socioeconômico.

Completando esse pensamento, informam Peraçoli e Parpinelli (2005), que acredita-se haver combinação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais que determinam defeito na invasão trofoblástica das arteríolas espiraladas.

Informam Angonesi e Polato (2007) que o diagnóstico da SHEG se faz por volta da 24^a (vigésima quarta) semana de gestação.

Entretanto, alertam Aguiar et al. (2007) que na identificação das formas de manifestação da Hipertensão Arterial na gravidez é de fundamental importância diferenciar a hipertensão que antecede a gravidez, daquela que é condição específica da mesma, acrescentando que na primeira, a elevação da pressão arterial é o aspecto fisiopatológico básico da doença, enquanto que na segunda, é resultado da má adaptação do organismo materno à gravidez, sendo a hipertensão apenas um de seus achados.

Deve-se também registrar que o termo 'hipertensão na gravidez' é usualmente utilizado para descrever desde pacientes com discreta elevação dos níveis pressóricos, até hipertensão grave com disfunção de vários órgãos.

2.1.1 Classificação da SHEG

A SHEG é caracterizada por vasoconstricção, hemoconcentração, e possíveis alterações isquêmicas na placenta, rins, fígado e cérebro. Ressaltam Santos et al. (2009) que a referida síndrome constitui-se de:

a) pré-eclampsia (PE): instala-se clinicamente depois da 20^a semana de gestação, pela deflagração da HA, associada ao edema e à proteinúria;

b) eclampsia (EC): é a forma convulsiva e grave que pode acontecer, em geral, em mulheres nulíparas, entre a 20^a semana de gestação, e no final da primeira semana pós-parto e apesar da complexidade clínica e da natureza potencialmente grave, é a forma mais comum da SHEG, podendo ser reversível após o parto e apresentar alterações renais.

Fustinoni (2006) registra que a PE é uma forma não convulsiva que ocorre principalmente em primigestas, marcada pelo início da HA aguda. Clinicamente, a pré-eclampsia caracteriza-se por início súbito ou piora da hipertensão, acompanhada

de proteinúria e elevação dos níveis de creatinina sérica, ácido úrico e transaminases.

Observam Aguiar et al. (2007) que nessa fase a doença é assintomática, dependendo seu diagnóstico unicamente do exame físico e de dados laboratoriais da gestante. A evolução natural da doença, quando não tratada ou não se interrompe a gestação, é o desenvolvimento para as formas graves.

Angonesi e Polato (2007) afirmam que a pré-eclampsia pode ser classificada em:

a) leve: apresenta PA <160/110 mmHg, em pelo menos duas aferições, que acontecem após a 20^a semana de gestação em paciente que nunca apresentou manifestação hipertensiva e acompanha-se de proteinúria entre 300mg e 2g em 24 horas;

b) grave: apresente PA > ou = 160/110 mmHg.

Acrescenta Fustinoni (2006) que a pré-eclampsia grave apresenta os seguintes achados:

a) pressão arterial diastólica igual ou maior que 110 mmHg;

b) presença de mais 2,0 g de proteínas na urina de 24 horas;

c) diurese (volume de urina) inferior a 500ml/dia ou 15 ml/hora;

d) níveis séricos de creatinina maiores que 1,2 mg/dl;

e) dor de cabeça importante, vômitos e visualização de escotomas (estrelinhas, pontos coloridos, bolinhas coloridas);

f) sinais de falência cardíaca (falta de ar, cansaço, aumento do número de batimentos cardíacos);

g) dor abdominal, principalmente sobre a região do fígado;

h) diminuição do número de plaquetas no sangue e distúrbio dos fatores responsáveis pela coagulação;

i) aumento de enzimas hepáticas;

j) presença de líquido amniótico em quantidade diminuída; e

l) feto pequeno para a idade gestacional (menor do que o esperado).

Por representar uma ameaça à eclosão da crise convulsiva, a paciente que apresentar a pré-eclampsia grave deve ser internada obrigatoriamente e submetida a um repouso absoluto.

O Quadro 1 apresenta, de forma simplificada, os diagnósticos da pré-eclampsia grave e o da eclampsia.

Quadro 1: Diagnósticos da pré-eclampsia grave e da eclampsia

DIAGNÓSTICO DE PRÉ- ECLAMPسيا GRAVE	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA ECLAMPسيا
Pressão arterial $\geq 160/110$ mmHg; Proteinúria ≥ 2 g/24 horas Creatinina sérica $>1,2$ mg% Oligúria <500 ml/24 horas Distúrbios visuais e/ou cerebrais Edema pulmonar ou cianose Dor epigástrica ou no quadrante superior direito do abdome Disfunção hepática Plaquetopenia Eclampsia Restrição de crescimento fetal	Acidente vascular cerebral Hemorragia intracerebral Trombose arterial ou venosa Doenças hipertensivas Encefalopatia hipertensiva Feocromocitoma Lesão expansiva do sistema nervoso central Tumor, Abscesso Distúrbios metabólicos Hipoglicemia, Uremia, Infecção Meningites, Encefalites Púrpura trombocitopênica trombótica Epilepsia

Fonte: AGUIAR et al. (2007)

Informam Aguiar et al. (2007) que as principais complicações maternas e perinatais da pré-eclampsia grave são respectivamente: hipertensão e acidente vascular cerebral, eclampsia, descolamento prematuro da placenta (DPP), coagulação intravascular disseminada, insuficiência cardíaca, edema pulmonar, síndrome aspirativa, HELLP, insuficiência renal aguda e trombose venosa, retardo do crescimento intrauterino, parto prematuro, pneumotórax, anóxia cerebral, infecção neonatal, morte perinatal

É importante destacar que, geralmente, na eclampsia, as convulsões iniciam-se em torno da boca com contrações faciais que evoluem para contração rígida e generalizada de todos os músculos do corpo, acompanhada de breve parada respiratória.

Fustinoni (2006) acrescenta que a crise convulsiva de característica tonicoclônica, que pode aparecer em gestantes ou puérperas, a eclampsia é precedida pelo agravamento do quadro hipertensivo e por sintomas próprios como cefaleia, diplopia, dor em hipocôndrio direito, agitação psicomotora e hiperreflexia.

As complicações da SHEG afetam muitos sistemas orgânicos, como os sistemas cardiovasculares, renal, hematológico, neurológico, hepático e uteroplacentário, produzindo: acidente vascular cerebral, cegueira, crise hipertensiva, descolamento da placenta, edema pulmonar e cerebral, hemorragia, intolerância fetal ao trabalho de parto, morte materno-fetal, oligúria, prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, trombocitopenia e Síndrome de HELLP (ANGONESI; POLATO, 2007).

2.1.2 Fatores de Risco da SHEG

Santos et al. (2009) informam que a SHEG apresenta os seguintes fatores de risco:

- doença vascular (*diabetes mellitus*, doença renal hipertensiva, hipertensão arterial idiopática);
- estado psicológico (conflitos emocionais determinam maior liberação das catecolaminas, aumentando a incidência da SHEG);
- gestação múltipla (incidência da SHEG aumenta com a quantidade de fetos),
- história familiar de PE e EC;
- nível socioeconômico (quanto mais baixo, maiores as deficiências nutricionais e mais precária a assistência durante o pré-natal);
- obesidade;
- paternidade diversa;
- primiparidade (idade inferior a 17 anos e superior a 40 anos);
- raça negra (a incidência é mais elevada nas gestantes negras).

2.1.3 Tratamento da SHEG

Fustinoni (2006) informa que no tratamento das crises hipertensivas, as drogas mais utilizadas são:

- Labetalol, pelo bloqueio alfa e beta-adrenérgico, parece manter o fluxo placentário-fetal, não induzindo baixo peso ao nascer.
- Metildopa, comparativamente a outros anti-hipertensivos, apresenta menor benefício na redução de morte fetal e neonatal.
- Hidralazina - cloridrato de hidralazina - injetável usada na hipertensão grave da gestação associa-se a hipotensão materna, partos cesáreos, placenta prévia, baixos escores de Apgar, entre outros desfechos;

d) Sulfato de magnésio - anticonvulsivante, previne a recorrência de convulsões em presença de eclampsia.

2.1.4 Prevenção da SHEG

Tem-se verificado que apesar de todo o desenvolvimento e das ações de saúde desenvolvidas pelas Unidades Básicas de Saúde, os números de gestantes que apresentam SHEG ainda é elevado no país. Alguns autores, a exemplo de Santos et al. (2009) apresentam como justificativas a esses números a não realização das consultas de pré-natal, o que faz com que muitos dos problemas deixem de ser detectados, investigados e tratados.

Explica Santos (2009) que os cuidados de prevenção da HA na gravidez revolucionaram o acompanhamento pré-natal e vêm salvando muitas vidas maternas e fetais, principalmente em países subdesenvolvidos, onde as consequências da falta desses cuidados são devastadoras, sobretudo pelo déficit de conhecimento das gestantes relativo ao distúrbio hipertensivo.

Com um acompanhamento pré-natal e atenção adequada ao parto, consegue-se evitar a maior parte das morbidades e mortalidades que podem vir a comprometer o momento gestacional. Assim sendo, é de fundamental importância que as mulheres iniciem o pré-natal no primeiro trimestre gestacional, evitando assim, complicações materno-fetais. Por outro lado, a vigilância fetal e a antecipação do parto permitem redução do risco de óbito fetal e depressão do recém-nascido no primeiro e no quinto minuto na vigência da SHEG (SANTOS et al., 2009).

Complementando esse pensamento, Lima; Paiva e Amorim (2010) é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação.

Ainda segundo Santos et al. (2007) que o pré-natal destina-se acompanhar a mulher durante toda a sua gravidez, orientando e ajudando a prevenir doenças e/ou complicações, como a SHEG, e criando um vínculo de confiança entre gestante e profissional.

Em resumo, a gestante necessita de um cuidado exclusivo no que explicita a prevenção e controle da doença hipertensiva específica da gravidez, ressaltando a adesão de mudanças no estilo de vida sob consciência do processo vivenciado pela mulher e suas particularidades.

2.2 Síndrome HELLP

A Síndrome HELLP caracteriza-se como sendo uma das formas mais graves de pré-eclampsia, agravando o prognóstico materno. Enquanto a pré-eclampsia e a eclampsia afetam tipicamente nulíparas jovens, geralmente, essa síndrome acomete múltiparas com idade mais avançada (KATZ et al., 2008).

Peres e Katarinhuk (2006) informam que essa síndrome foi descrita inicialmente por Pritchard em 1954. E, posteriormente, por Westein em 1982, que denominou-a de HELLP, por ser caracterizada por hemólise (H), enzimas hepáticas elevadas (EL) e baixa contagem de plaquetas (LP), de forma que o termo 'HELLP' é um acrônimo formado a partir dessas características.

Katz et al. (2008) afirmam que algumas gestantes desenvolvem apenas uma ou duas das características acima enumeradas, acrescentando que com grande frequência, as pacientes com síndrome HELLP, geralmente, são brancas e com mau passado obstétrico.

Embora a causa da Síndrome HELLP ainda não seja completamente entendida, a referida síndrome pode causar: insuficiência cardíaca e pulmonar, hemorragia interna, hematoma hepático, insuficiência renal aguda, acidente vascular cerebral, eclampsia e outras complicações graves que podem levar à morte materna (ANGONESI; POLATO, 2007).

2.2.1 Fisiopatologia

A Síndrome HELLP, como forma de apresentação da pré-eclampsia grave, origina-se no desenvolvimento placentário anormal, ao qual, Pereira; Montenegro e Rezende Filho (2008), se segue a produção de fatores que sistemicamente promovem injúria endotelial via ativação de plaquetas e/ou vasoconstritores.

Acrescentam Katz et al. (2008) que a fisiopatologia dessa Síndrome resulta da disfunção endotelial da microcirculação, com rápida ativação plaquetária e liberação de substâncias vasoativas como serotonina e tromboxane A₂, que retroalimentam a lesão endotelial.

Por outro lado, Brilhante et al. (2010) tenta explicar a fisiopatologia da Síndrome HELLP, através das seguintes teorias:

a) a Síndrome HELLP envolve alterações na ativação plaquetária, na elevação dos níveis séricos de citocinas que levam ao vasoespasm, acarretando em obstrução sinusoidal e infarto hepático;

b) a hemólise microangiopática, com conseqüente circulação de fragmentos de células vermelhas, leva à lesão íntima vascular, acarretando em depósito de fibrina nos sinusoides hepáticos,

tendo como consequência uma necrose hemorrágica multifocal.

Na primeira teoria, registram ainda Brilhante et al. (2010), que as áreas de necrose podem sangrar, o que leva à formação de hematomas subcapsulares. Traumatismos menores, como vômitos, transporte do paciente, contrações uterinas efetivas e convulsões podem contribuir para hemorragia hepática.

2.2.2 Incidência e morbidade

Brilhante et al. (2010) registram que cerca de 20% das mulheres com pré-eclampsia grave podem progredir para Síndrome HELLP, que pode ser descrita pela presença de hemólise, elevação das enzimas hepáticas e trombocitopenia.

Esse pensamento também é compartilhado por Pereira; Montenegro e Rezende Filho (2008), que afirmam está a Síndrome HELLP associada a grande morbidade materna e perinatal, incluindo descolamento prematuro de placenta, insuficiência renal, hematoma hepático subcapsular, parto prematuro, podendo acarretar a morte da mãe e do conceito.

Dentro desse mesmo contexto, destacam Katz et al. (2008) que a associação da Síndrome HELLP ao diagnóstico já existente de pré-eclampsia/eclampsia constitui um fator que aumenta a morbimortalidade, acrescentando que óbitos relacionados a esta condição clínica são frequentemente abordado na literatura, variando entre 1 e 24%.

Utilizando de dados colhidos em vários estudos, Katz et al. (2008) alertam que a mortalidade pode atingir cifras ainda mais altas quando o atendimento às gestantes é feito fora de centros terciários. E, que nesses casos, a mortalidade perinatal pode chegar a 40%.

Pereira; Montenegro e Rezende Filho (2008) registram que essa patologia se desenvolve repentinamente na gestação (27-37 semanas), com rápida deterioração do quadro laboratorial, acrescentando que em 15-25% dos casos pode surgir apenas no puerpério. E, acrescentam que dentre os principais eventos associados ao óbito materno, destacam-se:

- a) coagulação intravascular disseminada;
- b) encefalopatia hipoxico-isquêmica;
- c) falência cardiopulmonar;
- d) hemorragia hepática;
- e) incluem hemorragia cerebral;
- f) insuficiência renal;
- g) sepse;
- h) síndrome de desconforto respiratório.

Na Síndrome HELLP, dificilmente o desfecho perinatal é diferente do registrado na pré-eclampsia grave, sendo também fortemente influenciado pela idade gestacional e pelo peso do feto na ocasião do parto.

Além da alta taxa de mortalidade perinatal registrada principalmente antes de 28 semanas, outro fator negativo associado à essa patologia é taxa de prematuridade, que a pode ser de até 70%, acarretando um alto índice de complicações neonatais, a exemplo de displasia bronco pulmonar, enterocolite necrotizante, hemorragia craniana e síndrome de desconforto respiratório (PEREIRA; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

2.2.3 Diagnóstico e classificação

A Síndrome HELLP pode apresentar sinais e sintomas extremamente variáveis que são capazes de serem confundidos com os apresentados pela pré-eclampsia grave, ou seja, cefaleia, distúrbios visuais, mal-estar generalizado, entre outros (KATZ et al., 2008).

Entretanto, destacam Pereira; Montenegro e Rezende Filho (2008) que a dor epigástrica ou no quadrante superior, constitui o sintoma de maior relevância para a identificação desta síndrome, estando, frequentemente, associado a náuseas e vômitos.

Martin et al. (2010) afirmam que algumas gestantes podem apresentar sintomas inespecíficos similares a uma síndrome viral, quadro clínico que pode indicar investigação laboratorial quando ha suspeição de pré-eclampsia.

Por outro lado, Pereira; Montenegro e Rezende Filho (2008) afirmam que infecção respiratória, hepatite, colecistite, pancreatite, esteatose hepática aguda e púrpura trombocitopenica imune, podem ser confundidas com a síndrome HELLP. E, que a gravidez também pode levar ao diagnóstico errôneo dessa síndrome, mascarando doenças graves, a exemplo da púrpura trombocitopenica trombótica, síndrome hemolítico-uremica, lúpus eritematoso sistêmico e síndrome antifosfolipídio.

Entretanto, Martins et al. (2010) relacionam os principais diagnósticos diferenciais da Síndrome HELLP. São eles:

- a) Choque séptico ou hemorrágico;
- b) Colecistite;
- c) Esteatose Hepática Aguda;
- d) Hepatite viral fulminante;
- e) Herpes simplex disseminado;
- f) Lúpus Eritematoso Sistêmico;
- g) Pancreatite Aguda;
- h) Purpura Trombocitopenica Imune;
- i) Purpura Trombocitopenica Trombotica;

- j) Síndrome Antifosfolipidio;
l) Síndrome Hemolítico Uremica.

2.2.4 Conduta

Apesar do avanço das ciências médica, o manejo da gestante com Síndrome HELLP ainda é considerado como uma tarefa muito difícil. Isto porque, de forma rápida e progressiva pode haver deterioração do quadro materno e fetal (BRILHANTE et al., 2010).

Pereira; Montenegro e Rezende Filho (2008) afirmam que o tratamento ideal é o parto, sendo este recomendado quando a gestação ultrapassa 34 semanas ou quando há as seguintes alterações:

- coagulação intravascular disseminada;
- infarto ou hemorragia hepática;
- insuficiência renal;
- sofrimento fetal;

- e) suspeita de descolamento prematuro de placenta.

Diferentes são as recomendações nos casos em que a Síndrome HELLP encontra-se instalada. Alguns autores recomendam que se acelere a maturidade pulmonar fetal e que o parto ocorra em 24-48 horas, prescrevendo a administração de corticoides. No entanto, outros defendem que seja estabelecida conduta expectante até que estejam completadas 34 semanas de gestação ou haja indicação de interrupção pela deterioração do quadro da mãe e/ou do concepto (BRILHANTE et al., 2010).

O Quadro 2 a seguir, apresenta os seis passos fundamentais que deverão ser observados na condução dos casos de Síndrome HELLP, segundo O'Brien e Barton apud Pereira; Montenegro e Rezende Filho (2008).

Quadro 2: Passos fundamentais que deverão ser observados na condução dos casos de Síndrome HELLP

Passo	Descrição
Identificação	Realizar os exames laboratoriais necessários e considerar os diagnósticos diferenciais.
Estabilização	Obter um acesso venoso; administrar sulfato de magnésio e anti-hipertensivos; considerar uso de corticoides em altas doses; manter controle de diurese, frequência respiratória e reflexos profundos; transfundir em caso de anemia, trombocitopenia grave ($< 20.000/mm^3$) ou coagulopatia; discutir caso com anestesista; solicitar exame de imagem hepática, se necessário.
Avaliação fetal	Realizar ultrassonografia, Doppler de artéria umbilical e cardiotocografia.
Transporte/latência	Transferir a paciente para centro terciário em caso de estabilidade do quadro materno e fetal; aguardar 24-48 horas, dependendo da condição da mãe e do concepto.
Parto	Cesariana em caso de CIR com alteração do Doppler de artéria umbilical; considerar parto vaginal, se houver condição de indução do parto e feto com boa vitabilidade, especialmente após 32 semanas.
Manutenção/resolução	Avaliação laboratorial a cada 6-24 horas, dependendo da gravidade do quadro, para avaliar manutenção ou resolução do quadro; suspender sulfato de magnésio 24 horas após o parto se estiver havendo melhora; manter uso de anti-hipertensivos e corticoide, caso necessário.

Fonte: O'Brien e Barton apud Pereira; Montenegro e Rezende Filho (2008), adaptado.

Para a Síndrome HELLP não se recomenda a interrupção imediata. Deve-se, contudo, primeiro estabilizar o quadro **toxêmico** e realizar hemotransfusão, caso seja necessário. À semelhança do que se recomenda para os demais casos de toxemia grave, as gestantes com síndrome HELLP deverão receber a profilaxia com sulfato de magnésio.

Destaca ainda Pereira; Montenegro e Rezende Filho (2008), os partos em mulheres com Síndrome HELLP, podem surgir as inúmeras complicações, dentre as quais, destacam-se:

- hemorragia pós-parto,
- infecção,
- hematoma vaginal
- hematoma de parede abdominal.

No entanto, toda e qualquer decisão acerca em relação ao parto, está condicionada às condições do colo uterino, à idade gestacional e à vitalidade fetal, sendo, portanto, recomendada a cesariana para todas as gestantes que não estejam em trabalho de parto, desde que apresente índice de Bishop < 5 e idade gestacional < 30 semanas.

3 Procedimentos Metodológicos

3.1 Tipo de Pesquisa

O estudo foi de cunho exploratório, descritivo, do tipo quantitativo e transversal e retrospectivo. A pesquisa exploratória tem como objetivo desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, analisando os problemas e hipóteses para estudos futuros (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Martins e Lintz (2000), afirmam que a pesquisa descritiva tem como objetivo observar, registrar, analisar e correlacionar à descrição das características de determinada população ou fenômeno, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis e fatos.

Polit e Hungler (2004), complementam que a pesquisa quantitativa é um método de pesquisa social que utiliza técnicas estatísticas. Normalmente implica a construção de inquéritos por questionário, contatando várias pessoas.

Em relação à natureza, trata-se de uma pesquisa documental transversal. Nesse tipo de pesquisa, segundo Gil (2008), utiliza-se materiais que ainda não receberam um tratamento analítico. Tal pesquisa consiste na exploração das fontes documentais, como a utilização de prontuários médicos, entre outros. No que diz respeito ao estudo retrospectivo, o pesquisador concentra-se em um resultado que ocorre na atualidade e depois tenta estabelecer os fatores antecedentes que tenham sido sua causa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.2 Local da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido por meio dos dados contidos em prontuários, referentes a gestantes portadoras de SHEG, internadas na UTI Materna de uma Maternidade pública localizada na cidade de Patos, Paraíba. A referida instituição atende a toda região do alto sertão paraibano, sendo centro de referência para todo o interior do Estado. Foi escolhida porque além de centro de referência, funciona como núcleo de formação e aperfeiçoamento de profissionais ligados à área da saúde.

3.3 População e Amostra

A amostra desse estudo foi composta por todos os prontuários de gestantes portadoras de SHEG, que foram internadas na UTI Materna de uma Maternidade pública, localizada na cidade de Patos, Paraíba, no período de junho a dezembro de 2012, desde que preencham os critérios de inclusão.

3.4 Critérios de Inclusão

Foram incluídos na pesquisa os prontuários de gestantes portadoras de SHEG, internadas na UTI da Maternidade Dr. Peregrino Filho, no período de fevereiro a setembro 2013 e apresentaram a Síndrome HELLP.

3.5 Critérios de Exclusão da Amostra

Foram excluídos da pesquisa os prontuários de gestantes portadoras de SHEG, mas que não apresentaram a Síndrome HELLP.

3.6 Instrumentos e Procedimento de Coleta de Dados

O instrumento de pesquisa que foi utilizado consistiu em um formulário contendo as variáveis estudadas, as quais foram obtidas por meio dos prontuários das gestantes portadoras de SHEG.

A elaboração desse formulário teve por base o modelo de formulários de coleta de dados da UNCISAL (Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas) e em alguns artigos já publicados que abordavam esse assunto, a exemplo dos estudos realizados por Angonesi e Polato (2007); Brilhante et al. (2010) e Katz et al. (2008), dentre outros.

Para a coleta dos dados da pesquisa foi realizado uma revisão dos prontuários das gestantes portadoras de SHEG, atendidas pela referida instituição, no período de fevereiro a outubro de 2013. Os prontuários foram posteriormente selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

3.6 Análise de Dados

A análise foi promovida à luz da literatura especializada e os resultados obtidos foram apresentados em forma de tabelas e gráficos, com frequência calculada em número absoluto e relativo (porcentagem, média e desvio padrão).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Em obediência à ética necessária aos estudos envolvendo seres humanos, cumpriu-se às recomendações contidas na Resolução nº 196/96, expedida pelo Conselho Nacional de Saúde. Por tanto, foi solicitada à instituição, bem como ao Comitê de Ética, a autorização para o uso desses prontuários, visto que os mesmos estão sob a responsabilidade da instituição (BRASIL, 1996).

Contudo, não foi necessária a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez que em nenhum momento da

coleta de dados houve identificação ou contato com as gestantes que apresentaram a patologia, relacionada ao tema em estudo. Por outro lado, a pesquisa em questão não acarretou qualquer penalização e que não ofereceu nenhum ônus financeiro ao participante, não havendo nenhuma forma de indenização ou ressarcimento durante ou após seu curso. Ademais, por sua realização, a

pesquisadora se responsabilizou a partir do Termo de Compromisso do Pesquisador.

4 Resultados e Discussão

Distribuição do perfil da amostra entrevistada, quanto à faixa etária, estado civil e grau de escolaridade, que foram condensados e apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo dados demográficos

Variáveis	f	%
Faixa etária		
Entre 14 a 20 anos	13	32,5
Entre 21 e 25 anos	13	32,5
Entre 26 e 30 anos	7	17,5
Entre 31 e 35 anos	3	7,5
Entre 36 a 40 anos	2	5,0
Entre 41 a 45 anos	2	5,0
Estado civil		
Solteira	16	40,0
Casada	24	60,0
Escolaridade		
Não informado	31	77,5
Ensino fundamental completo	1	2,5
Ensino médio incompleto	2	5,0
Ensino médio completo	4	10,0
Ensino superior completo	2	5,0
Ocupação		
Não informada	18	45,0
Cabeleireira	2	5,0
Do lar	9	22,5
Operadora de Caixa	1	2,5
Estudante	6	15,0
Agricultura	4	10,0
Total	40	100

Fonte: Pesquisa documental, 2013.

Analisando a Tabela 1, constatou-se que de acordo com os prontuários consultados, que 32,5% das mulheres internadas na UTI Materna de uma Maternidade pública da cidade de Patos-PB, possuíam idades entre 14 e 20 anos; outras 32,5% tinham idades entre 21 e 25 anos; 17,5% tinham

idades entre 26 e 30 anos. Os dados constantes nos prontuários consultados demonstram que 75,% das mulheres internadas tinham idades entre 31 e 35 anos e as demais em duas parcelas iguais de 5%, tinham idades entre 36 e 40 anos e 41 e 45 anos, respectivamente.

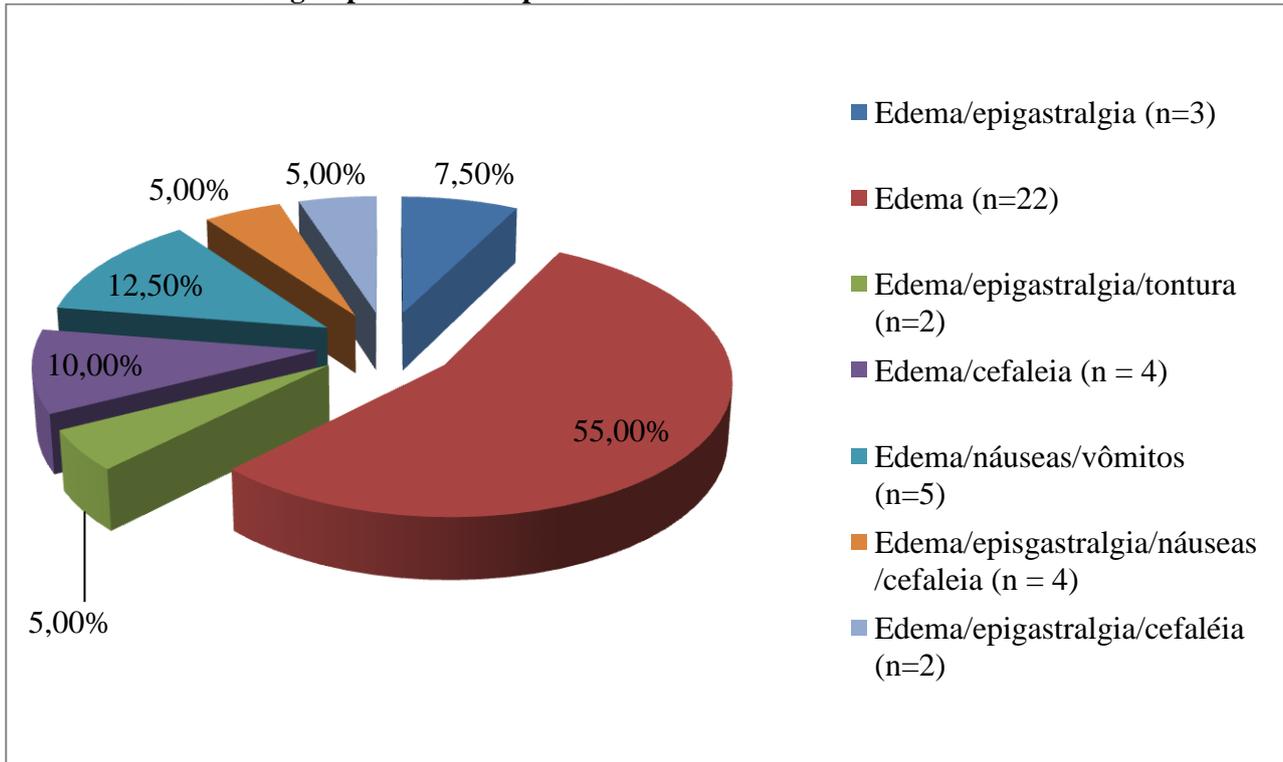
Ainda de acordo com os prontuários consultados, cujos dados foram transcritos na Tabela 1, 40% das mulheres internadas na UTI Materna na Maternidade pública de Patos-PB eram solteiras e 60% declararam ser casadas.

Em relação ao grau de escolaridade as informações constantes nos prontuários a maior parte estava incompleto, de forma que em 77,5% destes prontuários não fizeram referência a esse item. Em 2,5% constava que as internas tinham ensino fundamental completo; 5% constavam o

ensino médio incompleto; 10% possuíam o ensino médico completo e outros 5% já havia concluído o ensino superior.

No que diz respeito à ocupação, 45% dos prontuários analisados deixaram de informar a ocupação das mulheres internadas na UTI Materna. No entanto, apurou-se que 5% eram cabeleireiras, 22,5% eram do lar; 2,5% eram operadoras de caixas, 15% declararam serem estudantes e 10%, agricultoras.

Gráfico 1: Sintomatologias presentes nos prontuários



Fonte: Pesquisa documental (Nov/2013).

Analisando o Gráfico 1 constata-se que de acordo com os prontuários pesquisados, o Edema foi o sintoma mais comum registrado entre as mulheres internadas na UTI Materna da Instituição onde se realizou a presente pesquisa, sendo diagnosticado em 55% da amostra.

No entanto, 12,5% dos prontuários registravam a associação de edema + náuseas + vômitos; outros 10% correspondia a edema + cefaleia; 7,5% a edema + epigastralgia e três parcelas de 5% cada, correspondiam às associações de edema + epigastralgia + náuseas + cefaleia, edema + epigastralgia + cefaleia e edema + epigastralgia + tortura.

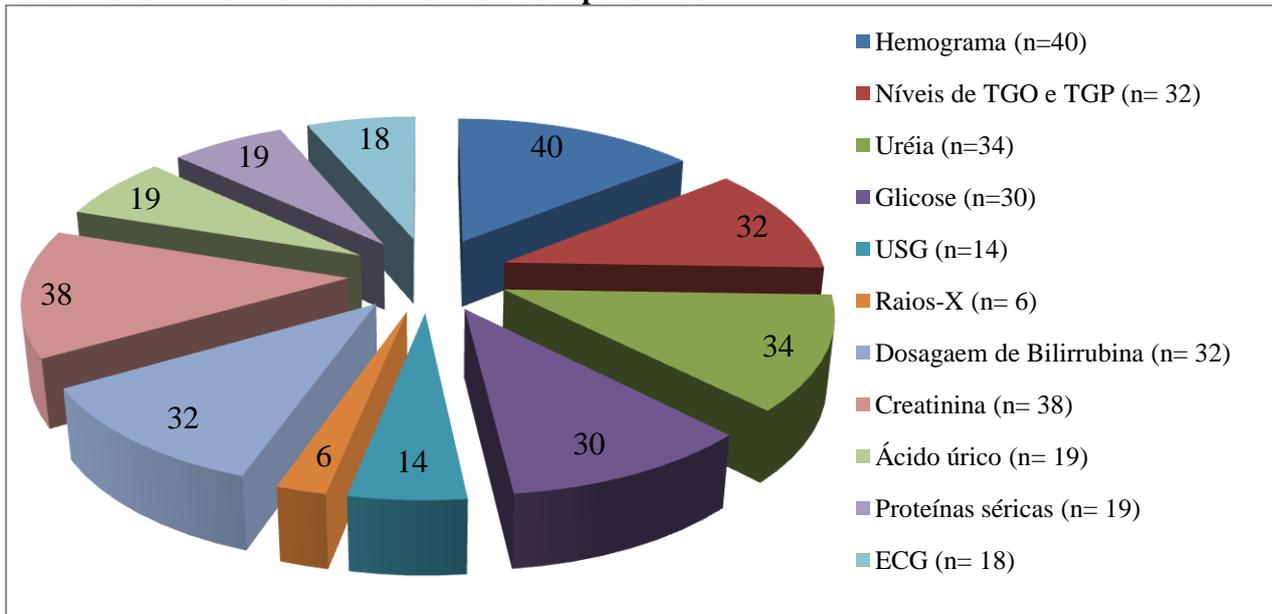
Vários autores, a exemplo de Katz et al. (2008); Menezes; Lima e Rolim (2008), bem como Fustinoni (2009) afirmam que o edema é um quadro que se configura com uma grande frequência entre

aquelas mulheres que desenvolvem a SHEG. E, que este sintoma pode aparece isoladamente ou em associação com outras complicações.

Nesse ponto, os dados colhidos através da presente pesquisa possuem uma consonância com o que demonstra a literatura especializada.

Através da análise dos prontuários relativos às mulheres internadas na UTI da Maternidade Pública da cidade de Patos-PB, no período de janeiro a junho de 2013, pode verificar que os tipos de exames laboratoriais solicitados durante essa internação.

O Gráfico 2, por sua vez, apresentam esses dados, identificando o número de cada exame realizados.

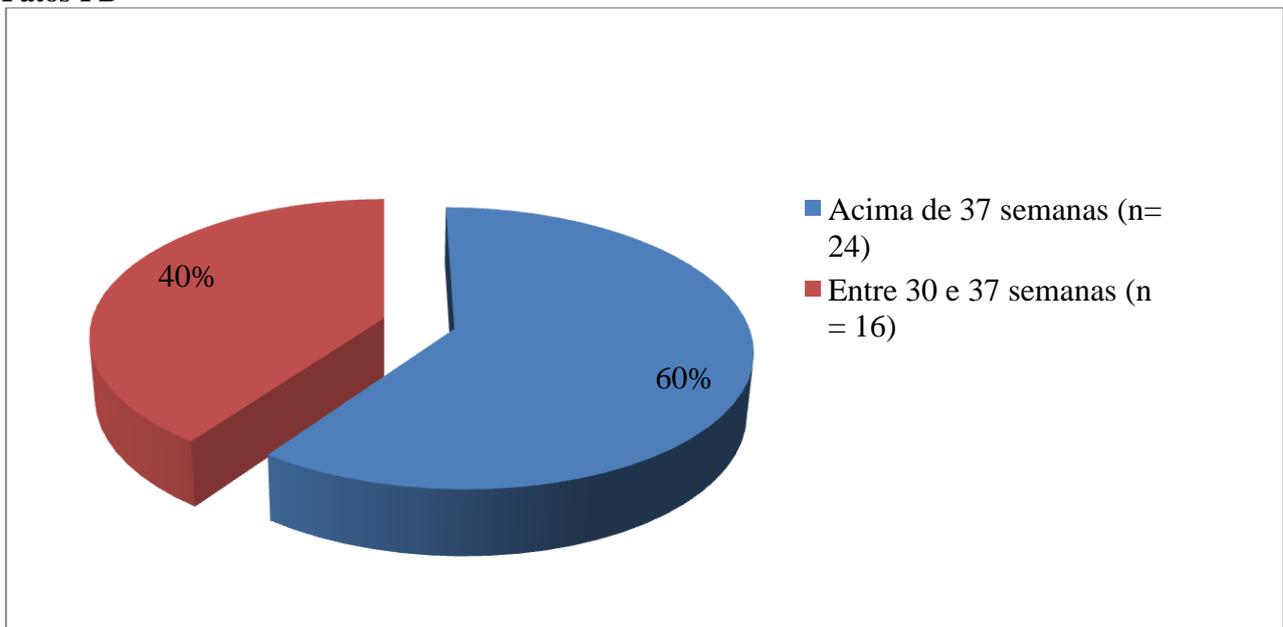
Gráfico 2: Dados laboratoriais constantes nos prontuários

Fonte: Pesquisa documental (Nov/2013).

De acordo com os prontuários analisados, o exame laboratorial mais realizado pelas pacientes internadas na UTI da Maternidade Pública de Patos foi o hemograma, que foi realizado por todas, seguidos dos seguintes exames, individual ou coletivamente: Níveis de TGO e TGP (n = 32); Dosagem de Bilirrubina (n = 32); Creatinina (n = 38), Ureia (n = 34), Glicose (n = 30) e Proteínas séricas (n = 19). Estes foram os mais solicitados.

Um estudo realizado por Katz et al. (2008) mostra que o diagnóstico da SHEG pode ser complementado pelos resultados de exames laboratoriais a exemplo do TGO e TGP, desidrogenase láctica e bilirrubina, etc.

Outro significativo dado colhido nos prontuários analisados, diz respeito à idade gestacional com a qual a gestante foi internada na UTI, ou seja, a idade gestacional na qual a SHEG passou a representar uma maior preocupação clínica.

Gráfico 3: Idades Gestacionais das mulheres internadas na UTI materna da Maternidade Pública de Patos-PB

Fonte: Pesquisa documental (Nov/2013).

De acordo com os dados colhidos nos prontuários e transcritos no Gráfico 3, a maioria das gestantes internadas na UTI da Maternidade Pública da cidade de Patos-PB, encontrava-se com mais de 37 semanas (60%) de gestação, enquanto que as demais (40%) encontrava-se num período entre a 30ª e a 37ª semana de gestação.

Um estudo realizado por Aguiar et al. (2010) determinou que entre as gestantes que desenvolveram SHEG, a idade gestacional variou entre 25 a 40 semanas gestacionais.

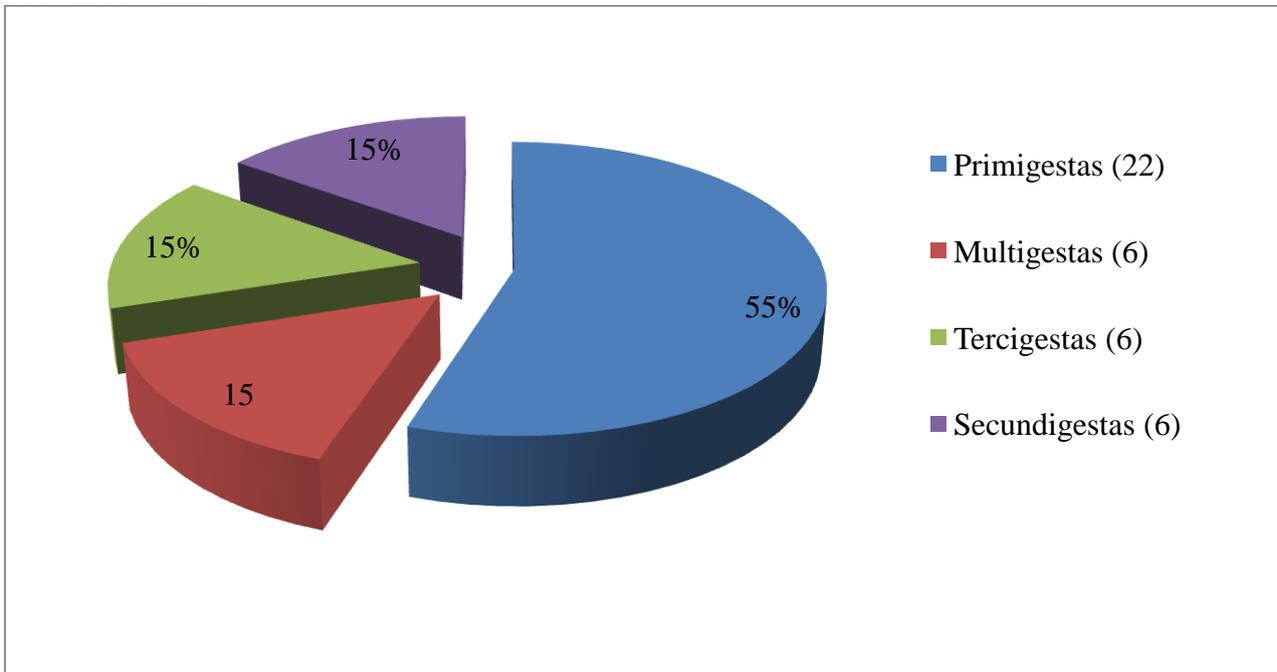
Pereira; Montenegro e Rezende Filho (2008) afirmam que com grande frequência, as gestantes que desenvolvem a SHEG muitas vezes são

obrigadas a serem internadas em UTIs. E, que geralmente, essa necessidade se acentuam a partir da trigésima semana.

É importante destacar que os dados encontrados na presente pesquisa encontram-se em acordo com o que demonstra a literatura especializada.

Analisando os prontuários das gestantes internadas na UTI da Maternidade Pública de Patos-PB, pode-se verificar o número de gestações que cada uma das internadas já haviam passado. O Gráfico 4 apresenta esses dados.

Gráfico 4: Dados relativos à paridade das mulheres internadas na UTI materna da Maternidade Pública de Patos-PB



Fonte: Pesquisa documental (Nov/2013).

Os dados contidos no Gráfico 4 mostram que 55% das gestantes internadas na UTI da Maternidade pública onde a presente pesquisa foi realizada eram primigestas; as demais, em três parcelas de 15% cada, eram multigestas, tercigestas e secundigestas, respectivamente.

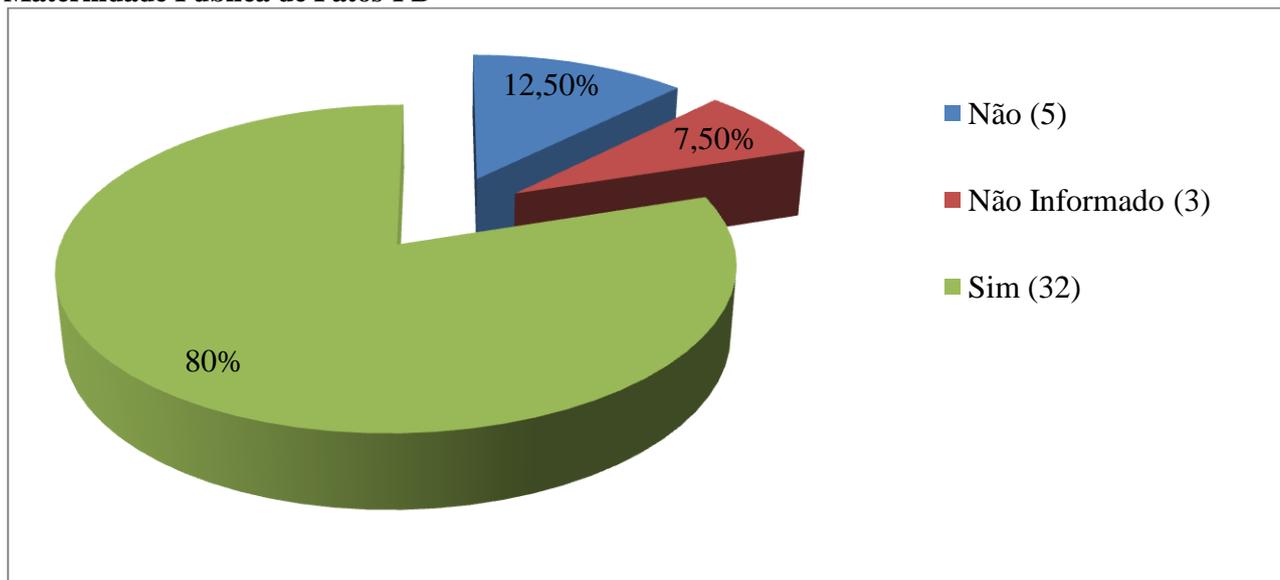
Um estudo realizado por Santos et al. (2007) mostra que a SHEG é mais freqüente na adolescente, na primiparidade, e mediante o estresse associado à gravidez. Entretanto, os referidos autores alertam que apesar dos estudos desenvolvidos ainda existem dúvidas sobre a possibilidade de se prevenir a pré-eclampsia. Contudo, se consegue prevenir as principais

complicações, a exemplo da eclampsia e da síndrome de HELLP.

Por outro lado, Aguiar et al. (2010) mostram que entre as primigestas a incidência da pré-eclampsia pode ocorrer em cerca de 6 a 10%. E, que nestes casos e de grande importância a identificação dos sinais e sintomas e atuação da equipe de saúde visando à prevenção de complicações.

Ainda analisando os prontuários foi possível verificar se as gestantes internadas realizaram ou não o pré-natal, na forma recomenda. No entanto, em relação a esse dado, em alguns questionários não foi referenciado.

Gráfico 5: Dados relativos à realização de pré-natal pelas mulheres internadas na UTI materna da Maternidade Pública de Patos-PB



Fonte: Pesquisa documental (Nov/2013).

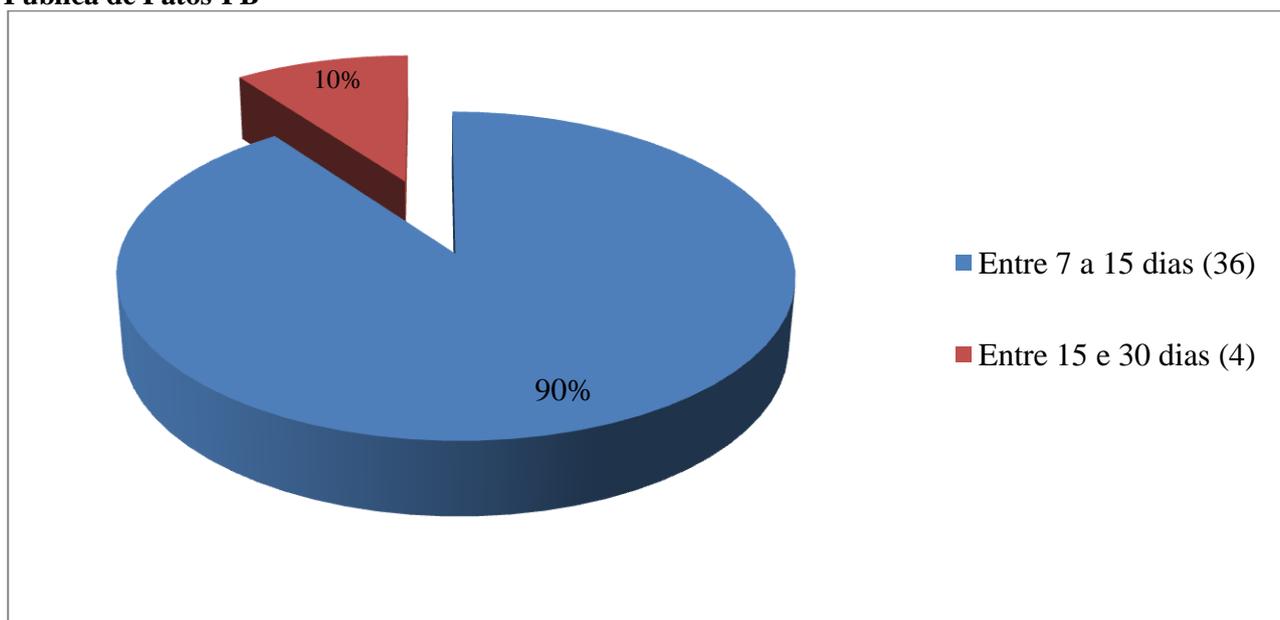
De acordo com o Gráfico 5, verifica-se que 80% das gestantes que foram internadas na UTI da Maternidade Pública de Patos, no período de janeiro a junho de 2012, fizeram o pré-natal. Entretanto, 12,5% não fizeram e 7,5% dos prontuários analisados não faziam referência à realização desse acompanhamento.

É importante destacar que para a gestante, o acompanhamento do pré-natal assume uma grande significância, pois através dele as mulheres recebem uma assistência adequada, constituindo-se também num espaço para se expor dúvidas e sentimentos.

Nele, é possível se identificar as alterações próprias da gravidez e se promover os encaminhamentos necessários, evitando-se assim repercussões prejudiciais ao feto e à gestante (SANTOS et al., 2007).

A análise dos prontuários relativos aos internamentos registrados na UTI da Maternidade Pública de Patos-PB, no período de janeiro a junho de 2013, proporcionou a determinação exata do período de internação de cada paciente. Esses dados foram apresentados no Gráfico 6.

Gráfico 6: Tempo de internação hospitalar mulheres internadas na UTI materna da Maternidade Pública de Patos-PB



Fonte: Pesquisa documental (Nov/2013).

Com base no Gráfico 6, verifica-se que 90% das gestantes internadas na UTI da Maternidade Pública de Patos, permaneceram naquela unidade por um período entre 7 e 15 dias e 10%, entre 15 e 30 dias.

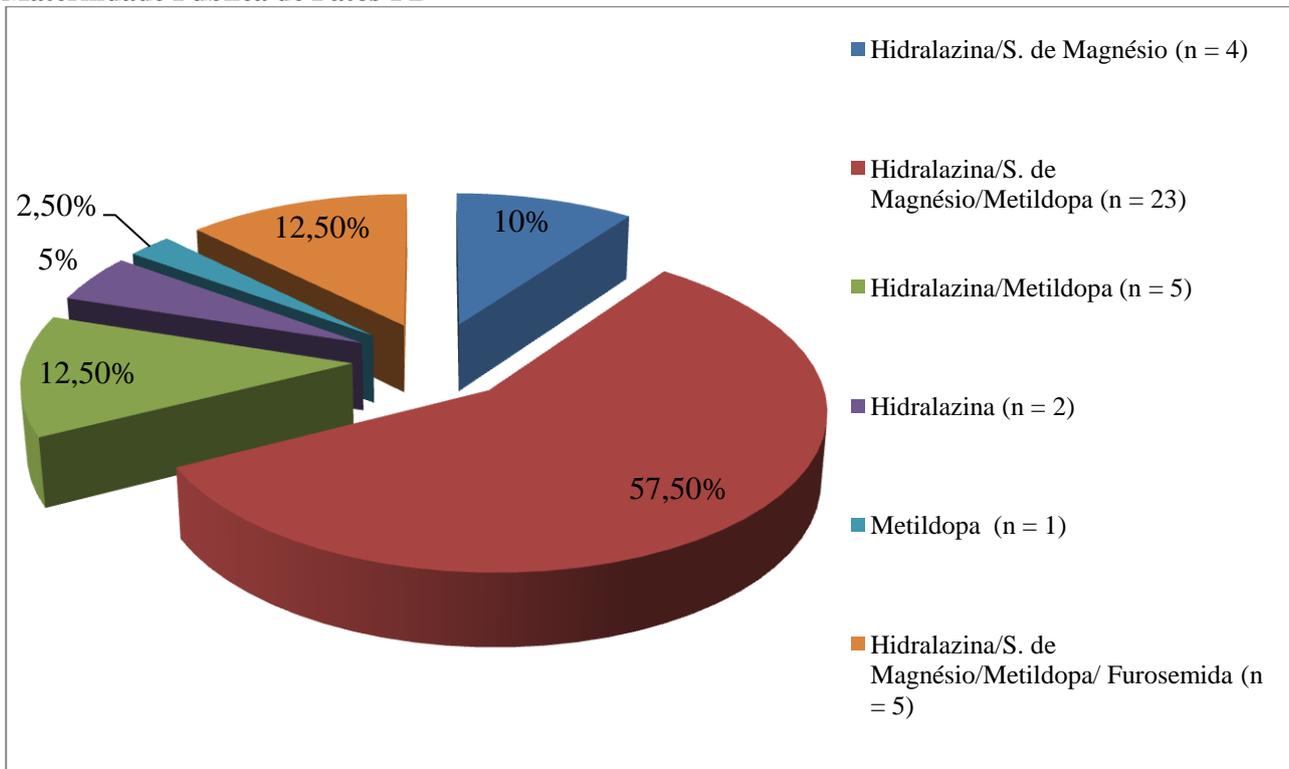
O tempo de internação em UTI possui uma grande correlação com a gravidade do quadro clínico apresentado pela gestante que desenvolveu a SHEG.

Um estudo realizado por Oliveira e Vasconcelos (2006) mostrou que não existe um tempo médio para internação em UTI, para pacientes com SHEG. E que o mesmo está condicionado à

gravidade do quadro. No entanto, esse mesmo estudo mostra que embora as complicações tenham sido reduzidas, mesmo saindo da UTI, a paciente deve receber uma atenção especial por um período não inferior a quinze dias, tendo em a ameaça de novas complicações ainda se fazerem presentes.

O material analisando também permitiu fazer um acompanhamento quanto aos medicamentos administrados nas mulheres internadas na UTI materna da Maternidade Pública de Patos, no período de janeiro a junho de 2013. Esses dados encontram-se esboçados no Gráfico 7.

Gráfico 7: Registrado de medicamentos administrados nas mulheres internadas na UTI materna da Maternidade Pública de Patos-PB



Fonte: Pesquisa documental (Nov/2013).

Com base no Gráfico 7, verifica-se que 57,5% das mulheres internadas na UTI da Maternidade onde realizou-se a presente pesquisa, receberam no tratamento anti-hipertensivo a associação de hidralazina + sulfato de magnésio + metildopa.

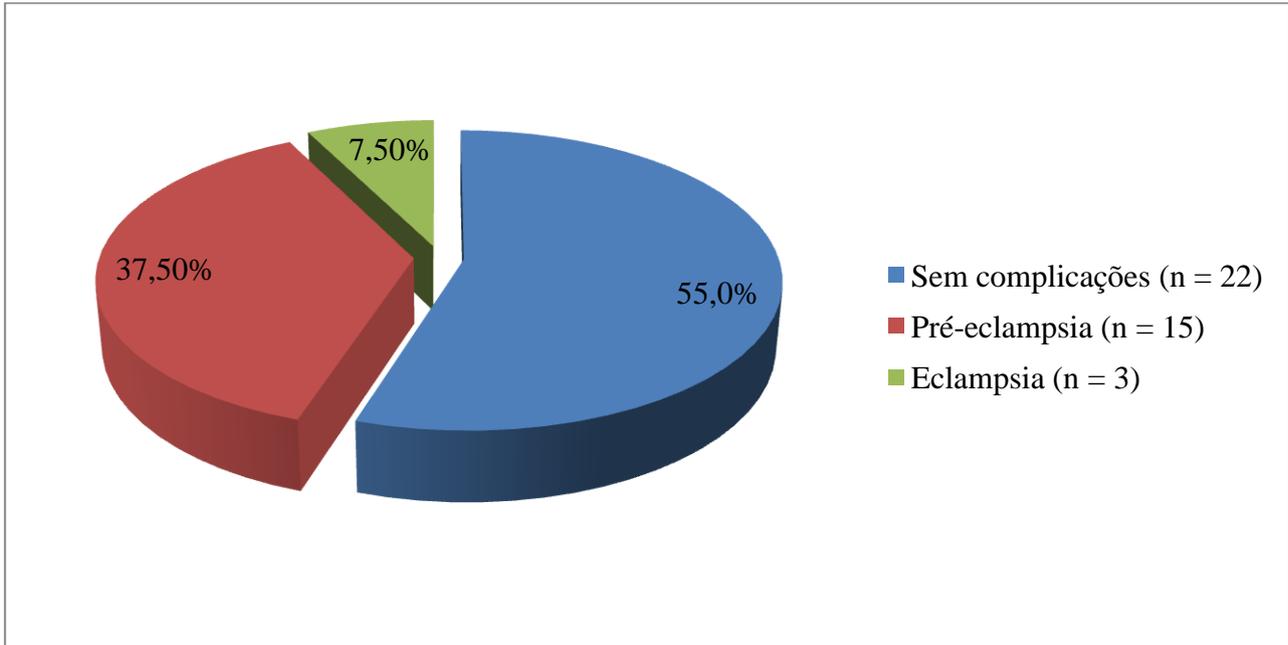
De outros dois grupos de 12,5%, um recebeu apenas metildopa e o outro a associação da hidralazina + sulfato de magnésio + metildopa + furosemida. Dois pequenos grupos de 5% e 2,5%, respectivamente, receberam apenas hidralazina (n = 2) e metildopa (n = 1).

Valadares Neto et al. (2006) mostram no tratamento da SHEG pode-se usar o sulfato de magnésio em dose de ataque de 5 g administrados

por via endovenosa, seguida por doses de manutenção de 1 g por hora, em infusão venosa contínua, sendo recomendado na dose de manutenção, 10 mL de sulfato de magnésio a 50% (5 g), diluídos em 500 mL de solução glicosada a 5% e infundidos a uma velocidade de 28 gotas por minuto.

O penúltimo dado coletados nos prontuários analisados, foi relacionado aos registros de complicações enfrentadas pelas mulheres que foram internadas na UTI materna da Maternidade Pública de Patos-PB. Esses dados foram tabulados e apresentados no Gráfico 8 a seguir.

Gráfico 8: Registro das complicações enfrentadas pelas mulheres internadas na UTI materna da Maternidade Pública de Patos-PB

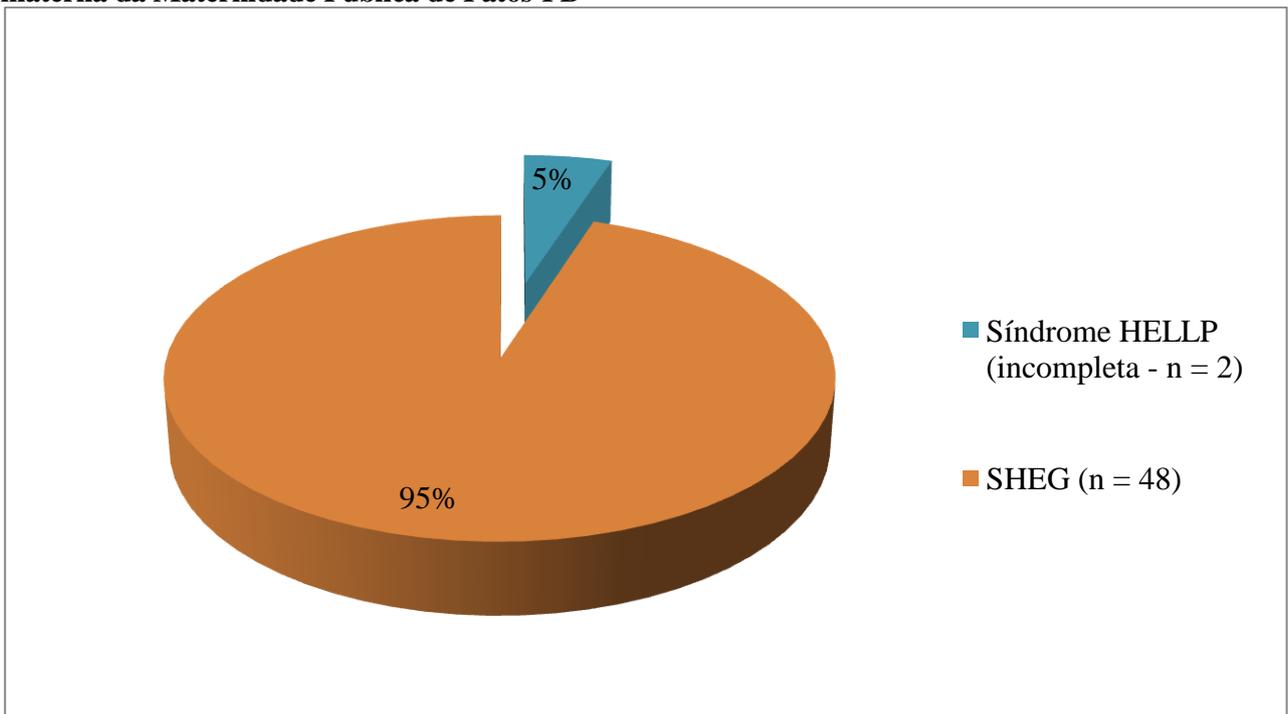


Fonte: Pesquisa documental (Nov/2013).

Os dados constante no Gráfico 8 mostram que 55% das mulheres internadas na UTI da Maternidade Pública de Patos, no período de junho a dezembro de 2012, embora com registro de SHEG, não houve evolução e consequentemente não apresentaram nenhuma complicações.

Com base nos dados colhidos foi possível traçar a prevalência da Síndrome HELLP entre as gestantes internadas na UTI materna da Maternidade Pública da cidade de Patos, no período de janeiro a junho de 2013.

Gráfico 9: Registro da prevalência da Síndrome HELLP entre as gestantes internadas na UTI materna da Maternidade Pública de Patos-PB



Fonte: Pesquisa documental (Nov/2013).

Analisando os dados contidos no Gráfico 9, constata-se que de com registros constantes em 5% dos prontuários analisados, a prevalência da Síndrome HELLP foi de 5% num universo de 40 pacientes. As demais (95%) apresentaram um quadro de SHEG sem complicações.

Um estudo realizado por França (2010), envolvendo uma amostra composta por 741 gestantes com SHEG, constatou que 18 destas desenvolveram a Síndrome HELLP, o que representou um percentual de 2,42%.

Assim, se comparada a amostra desta pesquisa com a utilizada por França (2010), verifica-se que aquela é 18,5 vezes maior do que a utilizada aqui. No entanto, quando comparado os resultados relativos à prevalência da Síndrome HELLP, constata-se que os achados proporcionados pela análise dos prontuários resultaram numa prevalência 5% bem superior à encontrada por França (2010), levando-se em consideração trata-se de uma amostra quase vinte vezes menor.

5 Considerações Finais

Através da análise do material selecionado para fundamentar a presente produção acadêmica constatou-se que a realização dos exames devidos, bem como um completo acompanhamento no pré-natal, contribuem para o diagnóstico precoce da existência de problemas hipertensivos, que podem determinar uma gravidez de alto risco, evitando-se, assim, que em alguns casos, a pré-eclampsia evolua para a Síndrome HELLP, caracterizada pela presença de hemólise, aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia.

Por outro lado, apesar dos avanços científicos, ainda se registra uma alta mortalidade entre gestantes que apresentam a Síndrome HELLP nos os hospitais obstétricos e nas maternidades em todo o Brasil.

No que diz respeito à pesquisa promovida nos prontuários relativos às mulheres internadas na UTI da Maternidade Pública de Patos-PB, no período de janeiro a junho de 2012, foi possível constatar que o edema é o sintoma mais presente entre as mulheres que desenvolvem a SHEG, representando, individualmente 55% dessas mulheres. O mesmo sintoma associação a outras complicações foi registrado em todas as titulares dos prontuários analisados.

Ainda de acordo com os dados constantes nesses prontuários, a maioria das mulheres internadas na UTI da Maternidade de Patos, por terem desenvolvido a SHEG, estava com mais de 37 semanas de gestação.

Os dados colhidos também demonstraram que a maioria dessas mulheres era primigesta; fez pré-natal, permaneceu internada por um período de 7 a 15 dias, foi medicada com hidralazina, sulfato de magnésio e metildopa.

Constam também nesses prontuários, que durante o período de junho a dezembro de 2013 ocorreu um óbito, entre as mulheres que passaram pela UTI da mencionada maternidade. No entanto, conforme registrado em seu prontuário, o motivo do referido óbito deu-se em virtude de complicações cardíacas, mas não ter havia uma evolução significativa da SHEG.

Levando em consideração o fato de que a maioria dos prontuários estava incompletos e não traziam nenhum histórico, que justificasse o surgimento da Síndrome HELLP, não foi possível determinar os motivos que contribuíram para uma tão grande prevalência, entre as gestantes internadas na UTI materna da Maternidade Pública da cidade de Patos-PB. E isto constitui num fator limitante para o presente estudo.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. I. F. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 4, p. 66-75, out./dez.2010.
- AGUIAR, M. S.; SCHULZ, G.; COELHO, J. C.; CARVALHO, A. R. M. R. Diagnóstico da Síndrome HELLP. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, v. 21, n. 2, p. 79-85, 2009.
- ANGONESI, J.; POLATO, A. Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), incidência à evolução para a síndrome de HELLP. **RBAC**, v. 39, n. 4, p. 243-245, 2007.
- BARROS, S. M. O. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: Manole, 2006.
- BRILHANTE, A. V. M.; MOREIRA, J. L. C.; FEITOSA, H. N.; BILHAR, A. P. M.; RAMALHO JÚNIOR, S. A. P.; KARBAGE, S. A. L.; SOUSA, M. D. R. P. Ruptura de hematoma subcapsular hepático como complicação da síndrome HELLP – revisão de literatura. **Femina**, v. 38, n. 7, p. 341-344, jul., 2010.
- CARVALHO, A. R. M. R. et al. Ressonância magnética hepática em puérperas estáveis com síndrome HELLP. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 54, n.5, p. 436-441, 2008.

- FRANÇA, C. M. V. A prevalência de gestantes portadoras de DHEG que apresentaram a síndrome HELLP em uma maternidade de referência de Maceió-AL. Maceió: UNCISAL, 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Disponível in: http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_iceon/files/0197.pdf. Acesso: 05 dez 2013.
- FREITAS, A. C. T.; SCHULZ, G.; MORI, R.; COELHO, J. C. Rotura hepática espontânea na Síndrome HELLP. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, v. 22, n. 3, p. 179-80, 2009.
- FUSTINONI, S. M. Síndromes hipertensivas na gravidez. In: BARROS, S. M. O. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: Manole Ltda., 2006.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2008.
- KATZ, L.; AMORIM, M. M. R.; MIRANDA, G. V.; SILVA, J. L. P. Perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com síndrome HELLP admitidas em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 30, n. 2, 80-86, p. 2008.
- MENEZES, T. C. V.; LIMA, F. E. T.; ROLIM, K. M. C. Conhecimentos e sentimentos de mulheres que vivenciaram um processo de abortamento. **Rev Bras Promoção Saúde**. v. 21, n. 2, p. 144-150, 2008.
- OLIVEIRA, M. I. V.; VASCONCELOS, S. G. Puérperas com síndrome de HELLP: Análise baseada nos aspectos obstétricos. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 74-80, mai./ago.2006
- PERACOLI, J. C. e PARPINELLI, M. A.. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n.10, p. 627-634, out., 2005.
- PEREIRA, M. N.; MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Síndrome HELLP: diagnóstico e conduta. **Femina**, v. 36, n. 2, p. 111-116, 2008.
- PERES, L. A. B.; KATARINHUK, B. S. L. A. C. S. Avaliação epidemiológica da ocorrência de insuficiência renal aguda na Síndrome HELLP em um hospital geral no oeste do Paraná. **J Bras Nefrol.**, v. 23, n. 3, p. 139-143, 2006.
- POLIT, D. F; BECK, C.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- SANTOS, Z. M. de S. A. [et al.]. Fatores de risco para a síndrome hipertensiva específica da gravidez. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 22, n. 1, p. 48-54, 2009.
- SANTOS, Z. M. S. A. [et al.]. Autocuidado da gestante adolescente na prevenção dos fatores de risco da síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG). **Rev Bras Promoção Saúde**, v. 20, n. 3, p. 173-180, 2007.
- SECUNDO, F. F. [et al.]. Toxemia gravídica na adolescência. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 595-604, out.-dez., 2009.
- VALADARES NETO, J. D. et al. Tratamento da eclampsia: Estudo Comparativo entre o sulfato de magnésio e a fenitoína. **RBGO**, v. 22, n. 9, p. 543-551, 2006