

PUÉRPERAS COM SÍNDROME DE HELLP: ANÁLISE BASEADA NOS ASPECTOS OBSTÉTRICOS

PUERPEARE WITH HELLP SYNDROME: ANALYSIS BASED ON OBSTETRICAL ASPECTS

PUERPERAS CON SÍNDROME DE HELLP: ANÁLISIS BASADA EN LOS ASPECTOS OBSTÉTRICOS

MARIA IVONEIDE VERÍSSIMO DE OLIVEIRA¹
SIMONE GONÇALVES VASCONCELOS²

Estudo retrospectivo descritivo com objetivo de descrever os aspectos obstétricos em 30 puérperas com Síndrome de Hellp, internadas numa maternidade pública em Fortaleza-Ceará, de 1º de janeiro de 2003 a 31 de setembro de 2004. No período ocorreram 8.617 partos. Deste total, 648 (7,5%) tiveram hipertensão, das quais 30 (4,7%) evoluíram com Síndrome de Hellp. Analisamos idade cronológica, idade gestacional, paridade, via de parto e complicações clínicas/obstétricas. Encontramos 70% das pacientes multíparas e 57% com idade entre 13 e 30 anos. A eclâmpsia representou 40% das complicações e a prematuridade 57%. Apenas 41% haviam realizado 4-6 consultas de pré-natal. Dos partos, 57% foram cesarianas. Quase todos os casos apresentaram mais de uma complicação grave clínica ou obstétrica. Conforme concluímos, a presença da Síndrome de Hellp contribui para o aumento das complicações clínicas e obstétricas, podendo elevar as taxas de morbimortalidade entre essas mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão; Pré-Eclâmpsia; Eclâmpsia; Paridade; Idade Gestacional; Síndrome HELLP.

A descriptive retrospective study was carried out in order to describe the obstetrical aspects in 30 puerperal with Hellp Syndrome admitted to a public maternity in Fortaleza-Ceará, from January 1, 2003 to September 31, 2004. A total of 8,617 deliveries occurred during this period. Of the mothers involved, 648 (7, 5%) had hypertension and in 30 (4, 7%) of them it progressed to Hellp Syndrome. We analyzed chronological age, gestational age, parity, delivery route, and clinical/obstetrical complications. Seventy percent of the patients were multiparous and 57% were aged 13 – 30 years. Eclampsia represented 40% of the complications and prematurity 57%. Only 41% had made 4-6 prenatal visits. Regarding the type of delivery, 57% were through caesarean sections. Almost all cases of Hellp Syndrome presented more than one clinical or obstetrical complication. We conclude that the presence of Hellp Syndrome contributes to an increase in these complications, possibly elevating the rates of morbidity and mortality among these puerperae.

KEYWORDS: Hypertension; Pre-Eclampsia; Eclampsia; Parity; Gestational Age; HELLP Syndrome.

Estudio retrospectivo y descriptivo, su finalidad es describir los aspectos obstétricos en un grupo de 30 puérperas con Síndrome de Hellp, internadas en una maternidad pública en Fortaleza-Ceará, de 1º de enero de 2003 a 31 de septiembre de 2004. En este período ocurrieron 8.617 partos. De este total, 648 (el 7,5%) tuvieron hipertensión, y entre estas, 30 (el 4,7%) evolucionaron con Síndrome de Hellp. Analizamos la edad cronológica, la edad de gestación, parto, vía de parto, complicaciones clínicas y obstétricas. Encontramos un 70% de pacientes multíparas y un 57% con edad entre 13 a 30 años. La eclâmpsia representó el 40% de las complicaciones y el nacimiento prematuro el 57%. Sólo el 41% había realizado entre 4-6 consultas de prenatal. De los partos, el 57% fue cesárea. Casi todas los casos presentaron más de una complicación grave clínica o obstétrica. De acuerdo con nuestras conclusiones, la presencia del Síndrome de Hellp contribuye al aumento de las complicaciones clínicas y obstétricas, pudiendo elevar los índices de mortalidad entre esas mujeres.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión; Preeclâmpsia; Eclâmpsia; Paridad; Edad de Gestación; Síndrome HELLP.

¹ Mestre em Saúde Pública. Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – Universidade Federal do Ceará. Rua Silva Paulet 2140/1101-Aldeota Fortaleza-Ceará. CEP 60.120.021. Fone (085) 32469005 (085) 99890290. E-mail: oliveira-ivoneide@ig.com.br

² Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – Universidade Federal do Ceará.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial na gestação é doença de alta prevalência, e acarreta marcantes repercussões na morbimortalidade materna e perinatal. No Brasil, as síndromes hipertensivas, principalmente nas suas formas graves, como a eclâmpsia e as complicações por Síndrome de Hellp, são as principais causas de morte materna. Além disso, determinam significativo aumento da morbidade e mortalidade perinatais¹.

A Síndrome de Hellp é, pois, uma complicação grave da hipertensão arterial na gestação (pré-eclâmpsia severa/eclâmpsia), com sérias repercussões para a mãe e para o feto². Vários autores definem Síndrome de Hellp como caracterizada por hemólise, elevação das enzimas hepáticas e trombocitopenia^{3,4}. Mencionada síndrome acomete 4% a 12% de gestantes com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia⁵.

No pior prognóstico materno e perinatal, diversos fatores estão envolvidos. Entre eles, a época da instalação da doença: quanto mais precoce mais grave; a paridade e o acesso à assistência pré-natal, por possibilitar o diagnóstico mais rápido das complicações³.

Em 1982, Louis Weinstein deu o batismo definitivo a essa síndrome ao denominá-la de *Syndrom of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count; a severe consequence of hypertension in pregnancy*. Essa síndrome manifesta-se com dor epigástrica/ou no hipocôndrio direito, náuseas e vômitos, mal-estar geral tipo síndrome virótica, icterícia e sangramento⁶. Quanto à disfunção hepática, ela pode se manifestar como dor no quadrante superior direito ou por transaminases e bilirrubinas séricas elevadas⁷. O substrato anatomopatológico principal das alterações hepáticas consiste em lesões isquêmicas periportais com evolução até necrose hemorrágica, conforme a intensidade do angioespasmo. Como observado, a evolução do processo pode ocasionar a ruptura hepática com hemorragia maciça, choque e, usualmente, morte materna⁸.

Esta síndrome ceifou várias vidas de mulheres jovens. Na opinião dos obstetras ela representa a complicação de maior morbimortalidade. Segundo verificaram alguns pesquisadores ao avaliar 46 pacientes portadoras da Síndrome de Hellp atendidas no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de

Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, entre 1985-1991, 17,4% destas mulheres atendidas foram a óbito. De acordo com eles as principais complicações clínicas ocorridas foram insuficiência renal, eclâmpsia, coagulopatia e hematomas⁹.

Em estudo realizado sobre mortalidade materna na Maternidade Escola Assis Chateaubriand-Universidade Federal do Ceará, no período de 1999 a 2000, os autores encontraram como patologias responsáveis pelo óbito materno das mulheres avaliadas a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), sendo a Síndrome de Hellp responsável por 16,7% e a eclâmpsia por 16,6%¹⁰.

Outro estudo com 470 mulheres que tinham como diagnóstico distúrbio hipertensivo na Maternidade do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade de Campinas (UNICAMP) revelou uma incidência de "Síndrome de Hellp" de 2,13% dos casos de pré-eclâmpsia grave e/ou eclâmpsia¹¹.

Em trabalho semelhante, avaliando 29 pacientes na Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco, segundo verificado, 27 pacientes tinham pré-eclâmpsia grave e duas, eclâmpsia. Entre elas, oito sofreram processo infeccioso e uma foi a óbito por complicação cardiorespiratória⁶. Para esse autor, o prognóstico da Síndrome de Hellp é agravado quando surgem complicações como hematoma hepático, choque hemorrágico, descolamento prematuro da placenta, edema agudo do pulmão, insuficiência renal e principalmente as resultantes dos distúrbios da coagulação sanguínea.

Ao longo dos anos, acumulamos experiências em assistência de enfermagem no cuidado às grávidas com DHEG, compondo, juntamente com enfermeiros e médicos obstétricos, assistentes sociais e psicólogos, uma equipe multidisciplinar no intuito de prover uma assistência de qualidade a essas pacientes. Em inúmeras ocasiões, acompanhamos pacientes gravíssimas com evolução para a morte, a despeito do emprego das mais diversas opções terapêuticas disponíveis e da colaboração de diferentes especialistas.

A experiência no cuidar destas pacientes confirma aspectos epidemiológicos regularmente referidos na literatura especializada. Além disso, a manifestação de sinais e sintomas que prenunciam a deterioração do quadro clínico

co repete-se na forma de instalação de insuficiência renal ou respiratória, de coagulopatia, de edema cerebral e/ou coma e outros, todos estabelecendo prognóstico muitas vezes sombrio.

Motivados por essas considerações e experiências acumuladas no dia-a-dia, propusemo-nos a realizar o estudo com o objetivo de descrever os aspectos obstétricos de puérperas com Síndrome de Hellp, internadas numa maternidade pública em Fortaleza-Ceará, no período de janeiro de 2003 a setembro de 2004.

METODOLOGIA

Estudo do tipo retrospectivo descritivo com abordagem quantitativa, incluindo 30 puérperas complicadas por Síndrome de Hellp, que pariram na MEAC-UFC em Fortaleza-Ceará, no período de janeiro de 2003 a setembro de 2004.

Esta maternidade é classificada como serviço de alto risco, nível terciário, possui uma estrutura de 205 leitos e está entre as três principais maternidades do município de Fortaleza, realizando em média 8.000 partos anualmente.

A referida instituição atende a toda região metropolitana, 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.

No período estudado ocorreram 8.617 partos na instituição. Destes, 648 (7,5%) tiveram diagnóstico de DHEG, 30 (4,7%) dos quais evoluíram com diagnóstico de Síndrome de Hellp.

A coleta de dados foi realizada pelos autores deste trabalho no período de março e abril de 2005, mediante pesquisas nos prontuários e registros de ocorrências de enfermagem. Como instrumento de pesquisa utilizamos um formulário com roteiro preestabelecido contendo questões estruturadas sobre dados de identificação e história obstétrica/clínica.

Os critérios para inclusão da paciente na pesquisa foram o diagnóstico médico e a confirmação clínica por meio dos resultados de exames laboratoriais registrados nos prontuários analisados.

Quanto aos aspectos éticos, substituímos o nome e o registro do prontuário de cada paciente por um numeral

de 1 a 30, com vistas a preservar o sigilo de cada uma. Seguimos também todas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa contidas na Resolução 196/96¹². Em observância a esta resolução, submetemos o estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará.

Para processar as informações utilizamos o Sistema Epi-Info 6.04a-processador de texto, banco de dados e estatísticos para epidemiologia, produzido pelo Center of Disease Control and Prevention (CDC) U.S.A. Os dados foram representados em tabelas e quadro, e analisados com base na literatura selecionada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre as puérperas internadas no período estudado, 7,5% apresentaram DHEG e 4,7% evoluíram para complicações por Síndrome de Hellp. Os dados encontrados neste estudo são compatíveis com a literatura pesquisada. Todavia esses percentuais são maiores do que os dados relatados no estudo realizado no CAISM da UNICAMP, em que as mulheres apresentam uma incidência de "Síndrome Hellp" de 2,13% dos casos de pré-eclâmpsia grave e/ou eclâmpsia¹¹.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS COM SÍNDROME DE HELLP SEGUNDO FORMAS CLÍNICAS DA DHEG, IDADE GESTACIONAL E IDADE CRONOLÓGICA. FORTALEZA-CE, 2003-2004

Variáveis	f		f		Total	
	Pré-eclâmpsia n=18	Eclâmpsia n=12	f	%	f	%
Idade gestacional *	1	2	1	2		
Idade cronológica (anos)	-	-	-	-	-	-
Menor de 17	-	-	-	-	-	-
18-35	06	05	07	02	20	66,7
Maior de 35	05	02	-	05	10	33,3
Total	11	07	07	05	30	100,0

* 1-Inferior ou igual a 37 semanas; 2- maior que 37 semanas.

Fonte: SAME MEAC-UFC.

Segundo mostra a tabela 1, o maior número de pacientes com diagnóstico de pré-eclâmpsia e eclâmpsia encontra-se na faixa etária de 18-35 anos de idade, no total de 66,7% das pacientes. Conforme observado, a faixa etária das pacientes admitidas na Clínica Obstétrica é de mulheres jovens, muitas vezes saudáveis, passíveis de danos à sua integridade. Muitas delas estão iniciando suas vidas

reprodutivas. Estes dados coincidem com os da literatura, que refere ser o extremo de idade fator de risco.⁽⁷⁾ Em estudo realizado com 19 pacientes com Síndrome de Hellp na Maternidade Adolfo Prince

Lara, os autores encontraram pacientes com idade entre 16 e 44 anos com uma média de idade de 26 anos.⁽²⁾ Além disso, em estudo realizado na Maternidade do CAISM da UNICAMP com 10 mulheres apresentando distúrbio hipertensivo na gravidez, a faixa etária encontrada foi de mulheres com média de idade de 22 anos¹¹.

De acordo com os dados obtidos no estudo e analisando as proporções encontradas da classificação da DHEG em pacientes com diagnóstico de Síndrome de Hellp, houve predominância da pré-eclâmpsia em 60% das pacientes, enquanto a eclâmpsia representou um percentual de 40%.

Ao analisarmos por meio da ecografia pélvica o comportamento da porcentagem da idade gestacional das mulheres admitidas, percebemos que a prematuridade foi assinalada em aproximadamente 60% do total de partos de gestantes com eclâmpsia ou pré-eclâmpsia.

Como evidenciado em trabalho realizado de março de 1998 a março de 2001 no Hospital Privado de Córdoba com nove pacientes com Síndrome de Hellp, 75% tiveram partos pré-maturos¹³. Já em trabalho realizado na Maternidade Dr. Adolfo Prince Lara com 19 mulheres com diagnóstico de Síndrome de Hellp, 57,9 % foram de mulheres com gestação a termo e 42,1% foram de gestação pré-termo².

A prematuridade é responsável pela maior morbidade e mortalidade perinatal, assim como pela qualidade de vida proveniente das possíveis seqüelas imediatas ou tardias. Tal realidade exige políticas públicas capazes de dar suporte a esses neonatos.

Apesar dos consideráveis avanços no tratamento das síndromes hipertensivas na gravidez, nas últimas décadas, a eclâmpsia ainda representa importante causa de prematuridade. Nesse contexto, verifica-se a elevada influência desta nas gestações complicadas por hipertensão. Segundo comprovado por determinados autores^{2,3}, os re-

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS COM SÍNDROME DE HELLP SEGUNDO FORMAS CLÍNICAS DA DHEG, PARIDADE E TIPO DE PARTO. FORTALEZA-CE, 2003-2004.

Variáveis	f		f		Total	
	Pré-eclâmpsia n=18	Eclâmpsia n=12	Primípara	Multípara	f	%
Formas clínicas de DHEG						
Paridade						
Tipo de parto						
Vaginal	02	04	-	01	07	23,3
Cesária	03	09	04	07	13	76,7
Total	05	13	04	08	30	100,0

Fonte: SAME MEAC-UFC.

cém-nascidos pré-termo das gestantes com síndromes hipertensivas evoluem com pior prognóstico perinatal, quando comparados a controles com similar idade gestacional. Outros sugerem que o prognóstico perinatal é meramente dependente da idade gestacional e do peso fetal³.

Na tabela 2, podemos analisar o índice de mulheres múltiparas e primíparas. Como mostra esta tabela, 70% eram múltiparas e 30% primíparas. As múltiparas apresentaram uma maior frequência da forma clínica da doença.

Para alguns autores,¹⁴ a DHEG é observada frequentemente em mulheres nulíparas cujo risco é três a seis vezes maior do que em pacientes primíparas. No relacionado à paridade do estudo realizado, observamos, conforme dados da tabela 2, elevada incidência de mulheres múltiparas (70%). Esses achados coincidem com trabalho desenvolvido no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Barros Luco-Trudeau com mulheres que tiveram rotura hepática espontânea na Síndrome de Hellp, onde a maior frequência encontrada também foi de múltiparas (80%)⁴, enquanto em trabalho realizado com 29 pacientes portadoras de Síndrome de Hellp no Serviço de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco, 20 eram primíparas e apenas 9 eram múltiparas⁶.

Quanto ao tipo de parto ocorrido entre as pacientes com DHEG, a cesariana representou a maioria: a parturição por via vaginal ocorreu em 23,3% e a cesariana em 76,7%.

O elevado número de cesarianas pode revelar tanto a gravidade das doenças obstétricas em análise quanto a provável necessidade de interrupção rápida destas gestações críticas. Na Síndrome de Hellp, o tratamento mais efetivo é representado pela interrupção na gravidez, mesmo naqueles casos com idade gestacional recuada aquém das 31 semanas⁶.

Além disso, embora a via transpelveana possa ser cogitada nos casos já em trabalho de parto ou com colo amadurecido, na maioria das vezes a resolução é efetiva por meio da operação cesariana⁶. De modo geral, o parto cesário é identificado como a melhor opção quando há deterioração do quadro clínico materno ou da vitalidade fetal. Na atualidade, a cesariana é um dos procedimentos cirúrgicos mais executados e debatidos³. Ao longo do tempo, sua realização levanta uma série de questões que refletem sobre o futuro reprodutivo da mulher. Segundo demonstrado por dados da literatura a operação cesariana constitui-se em importante fator de risco para óbitos maternos¹⁵. Na investigação da mortalidade materna relacionada a Doença Hipertensiva Específica da Gestação na MEAC-UFC, em Fortaleza, conforme verificamos, a maioria dos óbitos maternos ocorreram em cesárias(60,8%), seguido de partos vaginais(36,2%)¹⁶.

Embora o parto cesário esteja associado a maiores coeficientes de morbimortalidade materna quando comparado ao parto vaginal, interrupções bem indicadas e oportunas das gestações também podem contribuir de forma decisiva para redução do risco de óbito materno-fetal¹³.

Em quase todos os casos de Síndrome de Hellp ocorreu mais de uma complicação clínica ou obstétrica. O quadro 1 evidencia as complicações relacionadas com a doença, sobressaindo-se a participação da insuficiência respiratória e da insuficiência renal entre estas.

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS SEGUNDO A OCORRÊNCIA DE COMPLICAÇÕES SECUNDÁRIAS À SÍNDROME DE HELLP. FORTALEZA-CE, 2003-2004.

COMPLICAÇÕES	f	%
Sangramento transvaginal	05	16,6
Insuficiência respiratória aguda	10	33,3
Insuficiência renal aguda	10	33,3
Distúrbio de coagulação	05	16,6
Acidente Vascular Cerebral	02	6,6
Descolamento prematuro da placenta	02	6,6

Fonte: SAME MEAC-UFC.

De acordo com o quadro mencionado, observamos mais de uma complicação clínica ou obstétrica em algumas pacientes. Entre as intercorrências clínicas relaciona-

das com a Síndrome de Hellp, duas foram as condições agravantes: a insuficiência renal aguda e a insuficiência respiratória aguda. Em estudo realizado no CAISM da UNICAMP, foram observadas, como complicações maternas, a coagulopatia clínica e a insuficiência renal aguda¹¹.

Ao analisar a frequência do número de consultas de pré-natal, observamos que foi baixa. Apenas 41% das mulheres haviam realizado de 4-6 consultas, enquanto 12% não haviam realizado nenhuma. Um aspecto a ser considerado é que nossa única fonte de conhecimento da realização do pré-natal é a ficha da paciente, anexada ao prontuário. Porém estes dados muitas vezes não são registrados, pois não existe um protocolo de preenchimento para confirmar se a paciente realizou ou não as consultas.

Em pesquisa desenvolvida na Maternidade Mário Tota da Irmandade da Santa Casa de Porto Alegre sobre morbidade e mortalidade materna e perinatal nos distúrbios hipertensivos da gestação entre pacientes atendidas no hospital, conforme os autores referem, vários aspectos fazem com que o estudo das síndromes hipertensivas da gestação seja de extrema importância para os clínicos, as pacientes e a comunidade, particularmente pode ser esta a intercorrência clínica mais frequente na gravidez e entre as mortes maternas, representando a primeira ou a segunda causa nas casuísticas nacionais¹⁷.

Entre os fatores envolvidos no pior prognóstico materno e perinatal, destaca-se a pré-eclâmpsia, a qual, quanto mais precoce mais grave. No entanto, a paridade e o acesso à assistência pré-natal possibilitam o diagnóstico precoce dessas complicações maternas e perinatais³.

Com base nas evidências da gravidade da patologia, estratégias devem ser estabelecidas no intuito de reduzir definitivamente os riscos maternos e perinatais. Para isso, centros de referência estruturados deveriam disponibilizar meios eficazes de forma a possibilitar a melhor assistência possível a estas gestantes.

CONCLUSÃO

Na nossa opinião, as síndromes hipertensivas da gravidez mantêm-se como as principais causas de mortalidade materna, assim como determinam significativo incremento de morbidade e mortalidade perinatal.

Acreditamos, por nossa experiência diária, que a presença da Síndrome de Hellp em pacientes com DHEG aumenta as complicações clínicas e obstétricas, podendo elevar as taxas de morbimortalidade entre essas mulheres. Essa síndrome deve ser diagnosticada o mais precocemente possível para evitar maiores complicações a estas mulheres. No nosso dia-a-dia, observamos a evolução da gravidade do caso, muitas vezes sendo preciso a paciente ser transferida para Unidade de Terapia Intensiva.

Entretanto, a incidência da DHEG pode ser reduzida mediante prevenção e/ou controle dos fatores de risco. Da mesma forma, é possível também evitar sua evolução para formas mais graves. Em primeiro lugar, há de se enfatizar a importância da assistência pré-natal. Esta assistência é um fator decisivo pois muitas patologias identificadas e tratadas precocemente no período gravídico-puerperal provavelmente reduziriam os riscos do desenvolvimento de formas graves da doença como a presença da Síndrome de Hellp.

Inúmeros casos, sem dúvida, requerem procedimentos disponíveis em hospitais de alta complexidade. Todavia, determinados encaminhamentos, a exemplo de alguns oriundos do interior do Estado, não apresentam condições seguras de remoção nem contam com destino garantido.

Como evidenciado, os achados do presente estudo apontam para a necessidade de realização de outros trabalhos de investigação para a melhor compreensão da problemática da DHEG e suas complicações como a Síndrome de Hellp. Requerem também o planejamento de ações mais resolutivas para assistência adequada à saúde da mulher em nível ambulatorial e hospitalar.

Uma iniciativa, porém, deve ser considerada: a equipe de saúde mantendo esforço na disseminação e melhoria da assistência à paciente, principalmente dando ênfase na identificação o mais rápido possível dos casos de DHEG, possibilita a prevenção das formas graves da doença. Cabe, pois, aos enfermeiros a responsabilidade de buscar a eficiência do cuidado para poder contribuir com a qualidade de assistência a essas pacientes. Por sua atuação, estes profissionais são de inestimável valia na contribuição para redução da mortalidade materna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rudge MVC, Luca LA, Dias R, Machado ZC, Souza LMSS. Estudo clínico e laboratorial da moléstia hipertensiva específica da gravidez. *J Bras Ginecol* 1983; 93 (5): 259-62.
2. López Gómez JR, Rivas M, Colmenares B, Alvarado S, Silva D, Capretta D. Síndrome Hellp en la Maternidad del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". *Rev Obstet Venez Ginecol* [online] 2001 jun [citado em 2004 dez 20]; 61 (2): Disponível em: <http://www.scielo.br>.
3. Coelho TM, Martins MG, Viana E, Mesquita MRS, Camano L, Sass N. Proteinúria nas síndromes hipertensivas da gestação: prognóstico materno e perinatal. *Rev Assoc Med Bras* [online] 2004 jan/abr [citado em: 2005 jan 5]; 50 (2). Disponível em: <http://www.scielo.br>.
4. Perucca E, Domínguez C, González D, Ricci P, Estay R, Siebert A, Rotura hepática espontânea en Síndrome de Hellp. *Rev Chil Obstet Ginecol* [online] 2003 [citado em: 2005 jan 5]; 68 (1). Disponível em: <http://www.scielo.br>.
5. Costa MSH, Ramos JGL, Barros E, Stuskynski JV, Brietzke E. Doença hipertensiva na gravidez. In: Freitas F, Costa SHM, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre (RS): Artmed; 2001. p.307-9.
6. Costa CFE. Hellp Síndrome. *Femina* 1995 jan/fev; 23 (1):62-8.
7. Barron WM. Hipertensão. In: Barron WM, Lindehimer MD. Complicações médicas na gravidez. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1991. cap. 19, p.762-808.
8. Cunha SP, Duarte G, Patta MC. Síndrome de Hellp. In: Kahhale S, Vasconcelos M. Hipertensão na gravidez: manual de orientação. São Paulo: FEBRASGO; 1997. p. 95-107.
9. Duarte G. Síndrome Hellp: epidemiologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico materno. *Rev Bras Ginecol Obstet* [online] 1993 nov/dez [citado em 2005 dez 17]; 15 (6). Disponível em: <http://www.scielo.br>.
10. Oliveira MIV, Pessoa SMF, Sousa RA, Barbosa MRJ. Mortalidade materna: estudo do perfil epidemiológico em uma Maternidade Escola. *Rev RENE Fortaleza (CE)* 2002 jan/jun; 3(1):21-6.

11. Parpinelli MA, Silva JLP, Pereira BG, Amaral E, Rodrigues F, Torres JCC. Distúrbio hipertensivo na gravidez acompanhado por Síndrome de Hellp. *Rev Bras Ginecol Obstet* [online] 1994 jun/jul; 6(3/4):129-34.
12. Ministério da Saúde(BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP. Resolução nº196/96: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. 24p.
13. Viggiano MB, Viggian, MGC, Souza E, Camano L. Necessidade de cuidados intensivos em maternidade pública terciária. *Rev Bras Ginecol Obstet* [online] 2004 maio [citado em 2005 jan 10]; 26 (4). Disponível em: <http://www.scielo.br>.
14. Subtil D, Goeusse P, Puech Francis, Lequien P, Blausque S, Breart G et al. Aspirin (100mg) used for prevention of pre-eclampsia in nulliparous women: the Essai Regional Aspirine Mére-Enfant study (part 1). *Int J Obstetr Gynecol* may 2003; 110(5): 475-84.
15. Oba MDV, Tavares MSG. Análise da mortalidade materna do município de Ribeirão Preto-SP no período de 1991-1995. *Rev Latinoam. Enfermagem* [online] 2001 maio [citado em 10 set 5]; 9 (3). Disponível em: <http://www.scielo.br>.
16. Oliveira MIV, Almeida PC. Mortalidade materna relacionada à doença hipertensiva específica da gestação em uma Maternidade Escola. *Esc Anna Nery Rev Enfermagem* 2005 abr; 9(1):54-63.
17. Uberti E, Vicoso Junior HM, Luiz P. Morbidade e mortalidade materna e perinatal nos distúrbios hipertensivos da gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1994 mar/abr; 16(2): 81-6.

RECEBIDO: 26/07/05

ACEITO: 23/01/06