

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE MULHERES COM SÍNDROME HELLP
SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF WOMEN WITH HELLP SYNDROME
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LAS MUJERES CON SÍNDROME HELLP

José Francisco Ribeiro¹
Maria do Socorro de Almeida Chaves Soares²
Cleidiomar Oliveira Rodrigues³
Vanessa Oliveira Rodrigues Bezerra⁴
Kleiton Richard da Silva Araújo⁵

Doi: 10.5902/2179769221345

RESUMO: **Objetivo:** descrever a caracterização sócio-demográfica e clínica de mulheres com síndrome HELLP. **Método:** pesquisa descritiva, retrospectiva, de abordagem quantitativa, constituída de 52 prontuários de mulheres com síndrome HELLP no período de 2008 a 2012 existentes na unidade de terapia intensiva da maternidade em estudo. Os dados foram coletados por meio de instrumento estruturado, no período de dezembro a janeiro de 2013. **Resultados:** a maioria das mulheres com síndrome HELLP tinha idade média de 27,10 anos; de raça/cor parda (65,4%); casada (44,2%); católica (65,4%); procedentes do interior do Piauí (51,9%); ensino fundamental (38,5%); sem atividade remunerada (46,2%). Quanto à caracterização clínica, os principais fatores de risco gestacional foram: pré-eclâmpsia na gestação anterior (48,7%); controle pré-natal ignorado (51,9%); hipertensão arterial sistêmica (81,1%); edema (74%) e cefaleia (48%). **Conclusão:** As variáveis sociodemográfica e clínicas foram bastante evidenciadas em outros estudos brasileiros o que se constitui em um real problema de saúde pública.

Descritores: Epidemiologia; Síndrome HELLP; Obstetrícia.

ABSTRACT: **Aim:** to describe the sociodemographic and clinical characteristics of women with HELLP syndrome. **Method:** descriptive, retrospective study, of quantitative approach, constituted by 52 medical records of women with HELLP syndrome from 2008 to 2012 in the intensive care unit of the studied maternity. Data were collected through a structured instrument from December to January 2013. **Results:** Most women with Hellp syndrome had an average age of 27.10 years; of brown skin color (65.4%); married (44.2%); Catholics (65.4%); from the interior of Piauí (51.9%); had completed elementary school (38.5%); did not have a remunerated activity (46.2%). Regarding the clinical characterization, the main gestational risk factors were: pre-eclampsia on the previous gestation (48.7%); ignored prenatal control (51.9%); systemic arterial hypertension (81.1%); edema (74%) and headache (48%). **Conclusion:** The sociodemographic and clinical variables were well evidenced in other Brazilian studies, which constitutes a real public health problem.

DESCRIPTORS: Epidemiology; HELLP syndrome; Obstetrics.

¹ Enfermeiro, Mestre em Ciências e Saúde, Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: jotafribeiro@yahoo.com.br

² Enfermeira, Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Teresina Piauí, Brasil. E-mail: socorrochaves.le@hotmail.com

³ Enfermeira, Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Teresina (PI), Brasil. E-mail: cleideomaroliveira@hotmail.com

⁴ Enfermeira Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Universidade Estadual do Piauí, (UESPI). Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: van.fly@hotmail.com

⁵ Bacharel em enfermagem, Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Teresina, Piauí. E-mail: kleitonrich@gmail.com

RESUMEN: Objetivo: descrever a caracterização sociodemográfica e clínica de mulheres com síndrome HELLP. **Método:** investigação descritiva, retrospectiva, com enfoque quantitativo, constituída por 52 histórias clínicas de mulheres com síndrome HELLP, em período de 2008 a 2012, existentes na unidade de cuidados intensivos de la maternidad em estudo. Los datos fueron recolectados por medio de instrumento estructurado, em período de dezembro a enero de 2013. **Resultados:** a maioria de las mujeres con síndrome HELLP tenía la edad media de 27.10 años; de raza/color parda (65,4%); casada (44,2%); católica (65,4%); originaria del interior de Piauí (51,9%); escuela primaria (38,5%); sin actividad lucrativa (46,2%). Con relación a la caracterización clínica de los principales factores de riesgo gestacional fueron: preeclampsia en un embarazo anterior (48,7%); control prenatal ignorado (51,9%); hipertensión arterial sistémica (81,1%); edema (74%) y dolor de cabeza (48%). **Conclusión:** Las variables sociodemográficas y clínicas fueron bastante evidentes en otros estudios brasileños lo que constituye un problema de salud pública.

DESCRIPTORES: Epidemiología; Síndrome HELLP; Obstetricia.

INTRODUÇÃO

A gestação é considerada como um período do ciclo de vida que comumente poderia processar-se sem alteração da saúde. Envolve modificações adaptativas caracterizadas por complexas transformações fisiológicas, emocionais, interpessoais e sócio-demográficas, as quais implicam possibilidades de risco elevado e, por isso, requerem atenção de cunho multidisciplinar de saúde.¹

A consulta de pré-natal para o reconhecimento de fator de risco durante o período gestacional é importante uma vez que as gestantes que não têm este seguimento tornam-se vulneráveis à ocorrência de gravidez de alto risco, a qual pode ser prevenida pelo diagnóstico e tratamento precoces.²

O Ministério da Saúde (MS) define gravidez de alto risco como a gestação em que a vida ou saúde da mãe, do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem afetadas do que a média da população.¹⁻²

Na gestação classificada como normal, o corpo apresenta alterações compensatórias no sistema cardiovascular e nos rins, o que não acontece nas síndromes hipertensivas. O mecanismo desta doença é evidenciado pela constrição dos vasos arteriolas, ampliando a resistência vascular da região periférica, elevando a pressão arterial. Para equilibrar estas mudanças, o organismo tende a extravasar plasma para o espaço intravascular, conduzindo à formação de edema. Logo, órgãos como rins e o fígado ficam com suprimento circulatório comprometido, e, devido à grande diminuição deste plasma, alterações importantes acontecem, destacando-se a hemoconcentração, o que propicia o acréscimo da atividade coagulatória materna.³

Nas síndromes hipertensivas específicas da gestação, os níveis de proteínas na urina são considerados elevados quando iguais ou maiores que 300 mg/24 horas, e graves quando iguais ou superiores a 2g/24 horas. O edema, que anteriormente fazia parte da tríade (hipertensão arterial, proteinúria e edema) da patologia, atualmente não é mais considerado. Quando não ocorrem tratamento específico ou descontinuação da gestação, sobrevém a propagação de complicações graves, como a eclâmpsia e a síndrome HELLP.⁴⁻⁵

Nestas síndromes, a patologia é comumente antecedida por sinais e sintomas imediatos de eclâmpsia, manifestados por irritação do sistema nervoso central, como cefaleia frontal/occipital, torpor, obnubilação, alteração do comportamento, podendo apresentar sinais de distúrbios visuais, como escotomas, visão embaçada, e até amaurose. Além disso, podem ocorrer queixas gástricas de náuseas, vômitos e dor no hipocôndrio direito ou no epigástrico.¹

A síndrome HELLP é a forma grave de pré-eclâmpsia caracterizada por hemólise (H - *hemolysis*), elevação das enzimas hepáticas (EL - *elevated liver enzymes*) e baixa de

plaquetas (LP - *low platelets*). A Síndrome desenvolve-se durante a gestação, entre 27 e 37 semanas, ou no pós-parto imediato (15-25% dos casos). Tem sua origem no desenvolvimento placentário defeituoso, estresse oxidativo e lesão endotelial, especialmente nos vasos hepáticos.³

A síndrome HELLP foi relatada inicialmente por Pritchard em 1954, e, em 1982, foi classificada de HELLP por Louis Weinstein.¹ A síndrome possui o risco de recidiva que pode variar de 19 a 27%. Se a gravidez anterior tiver terminado antes de 32 semanas, o perigo de pré-eclâmpsia/eclâmpsia em uma gestação seguinte pode ser de até 61%.²

As descrições dos fatores de risco da síndrome HELLP estão apoiadas em registros de casos observados por autores que ainda não chegaram a um consenso. Mulheres com pré-eclâmpsia grave/eclâmpsia atrelado ao termo e, em especial, aquelas em controle expectante com idade maior que 25 anos, múltiparas e de raça/cor branca estão mais propensas a desenvolverem esta complexidade obstétrica; em até um terço dos casos, os sintomas podem ocorrer no puerpério.^{1,3-4}

Apesar de não existir consenso quanto à causa de síndrome HELLP, observa-se que esta pode cursar com insuficiência cardíaca, hematoma hepático, insuficiência renal aguda, acidente vascular cerebral, destacando a hemorragia cerebral como a principal causa do óbito materno, responsável por 60% das mortes.^{5,1}

Na perspectiva de conhecer o perfil da mulher com síndrome HELLP, a questão de pesquisa que se aplicou para o desenvolvimento da presente pesquisa foi 'qual é o perfil sócio-demográfico e clínico de mulheres com síndrome HELLP?' Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil sócio-demográfico e clínico de mulheres admitidas com síndrome HELLP em uma maternidade pública de referência do Piauí, durante o período de 2008 a 2012.

MÉTODO

Estudo do tipo documental, descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa. Foram utilizados prontuários de mulheres com diagnóstico de síndrome HELLP admitidas em uma maternidade pública de referência para o estado do Piauí (TE), Brasil. A população em estudo foi constituída de 52 prontuários de pacientes com Síndrome HELLP admitidas na UTI materna de uma maternidade pública de referência, com dados compreendidos no período de 1º de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2012. A escolha do ano de 2008 se deu pelo fato de que, somente a partir deste período, deu-se início a separação de prontuários conforme patologias, situação que viabilizou o acesso aos prontuários destas pacientes.

A maternidade, local desta pesquisa, é uma instituição pública que disponibiliza serviços médicos de baixa, média e alta complexidade, urgência e emergência, ambulatório, internações, diagnóstico e terapia. Atualmente, possui um total de 248 leitos obstétricos, 167 leitos neonatais e uma unidade de terapia intensiva materna com capacidade para 10 admissões. É a maior maternidade do Piauí e responsável por 63% dos nascimentos ocorridos em Teresina. Apresenta aproximadamente 1200 internações por mês das quais 900 são partos nas modalidades normais e cesariano.⁶

A pesquisa teve como critério de inclusão todos os prontuários de mulheres com diagnóstico de síndrome HELLP admitidas e registradas no livro de registro da Unidade de Terapia Intensiva materna da referida maternidade no período de 2008 a 2012, que estivessem completos e que possuíssem letras legíveis, totalizando 52 prontuários.

As variáveis foram obtidas por meio de um formulário confeccionado com questões referentes a dados sociodemográfico: idade, etnia, estado civil, religião, procedência escolaridade e atividade/trabalho e dados clínicos: fatores de risco gestacional, controle pré-

natal, complicações associadas à síndrome HELLP, manifestações clínicas. A coleta dos dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2013 no arquivo da instituição pesquisada.

Foi realizada uma análise quantitativa dos dados obtidos por meio do programa SPSS versão 20,0 (Statistical Product and Service Solutions). Aplicou-se a estatística descritiva, com distribuição de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão para variáveis quantitativas.

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos e teve aprovação do comitê de ética e pesquisa da Universidade Estadual do Piauí - UESPI, em novembro de 2013 com o parecer número 462.653 e CAAE: 19629613.5.0000.5209.⁷

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Delineou-se e analisou-se uma população de 52 mulheres com diagnóstico de síndrome HELLP no período de 2008 a 2012, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição das características sociodemográfica de mulheres com diagnóstico de síndrome hellp. Teresina, PI, Brasil, 2016.

Variáveis	N	%	Média	DP	Máximo	Mínimo
Idade (anos)			27,10	5,84	41	15
Etnia						
Parda	34	65,4				
Preta	02	3,8				
Ignorado	16	30,8				
Estado civil						
Solteira	14	26,9				
Casada	23	44,2				
União estável	02	3,8				
Ignorado	13	23				
Religião						
Católica	34	65,4				
Evangélica	01	1,9				
Ignorado	17	32,7				
Procedência						
Teresina	17	32,7				
Municípios do Piauí	27	51,9				
Maranhão	06	11,5				
Ignorado	02	3,8				
Escolaridade						
Não alfabetizada	02	3,8				
Ensino fundamental	20	38,5				
Ensino médio	15	28,8				
Ensino superior	04	7,7				
Ignorado	11	21,2				
Atividade remunerada						
Sim	06	11,5				
Não	24	46,2				
Ignorado	22	42,3				

DP: desvio padrão

A Organização Mundial de Saúde aborda como principais marcadores e fatores de risco gestacionais as características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis tais como: idade menor que 15 anos e maior que 35 anos, situação conjugal insegura, baixa escolaridade, além de história reprodutiva anterior, condições clínicas pré-existentes, exposição individual ou acidental a fatores teratogênicos e intercorrências

clínicas.^{8,2} Informações semelhantes foram encontradas em um estudo realizado em Belém (PA) com dados de 2009 a 2012 sobre mortalidade materna por Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG), em que os autores observaram que a idade materna variou entre 15 e 42 anos, com média de 26,11 e desvio padrão de 7,73, maior frequência 48,5% na faixa etária 20 a 29 anos.⁸

Em uma pesquisa realizada em Teresina (PI), com uma amostra de 14 gestantes com síndrome HELLP admitidas em uma maternidade pública de referência para o estado do Piauí no período de 2010 a 2012, foi revelado que a faixa etária mais evidenciada foi de 26 anos e mais idade (64,5%), corroborando com a presente pesquisa.⁹

Quanto à raça/cor, observou-se que 30,8% são de informações ignoradas, devido à ausência do registro no prontuário, 65,4% são pardas e 3,8% são negras. Porém, em estudo realizado na maternidade pública de referência para o estado do Piauí (2010 - 2012), foi observado que a raça/cor predominante foi parda (92,9%).⁶ Esta característica relaciona-se com o processo de formação étnica do Piauí, as raças parda e negra representam, respectivamente, 6% e 7% da população geral.⁶

Em um estudo realizado na maternidade do Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP), no ano de 2009, os dados apontam que o perfil de risco para a síndrome HELLP é mais frequente na raça/cor branca; gravidez gemelar; múltiparas e gestação acima de 25 anos de idade.¹⁰

Em relação ao estado civil, identificou-se que a maioria era casada (44,2%), seguida de solteiras e de união consensual/estável; quanto à religião, a maioria é católica. Em uma pesquisa realizada no IMIP de Recife (PE) em uma UTI obstétrica com 12 leitos exclusivos para gestantes e puérperas de alto risco admitidas no período de 2007 a 2010, os autores detectaram que 64,3% das mulheres admitidas possuíam parceiros, achados semelhantes neste estudo.¹¹

A grande representatividade de mulheres católicas justifica-se pelo fato de o estado do Piauí possuir 7% da população geral de católicos, o que corresponde a 8.063 pessoas.¹²

Em relação à procedência, 51,9% são do interior do Piauí, 32,7% de Teresina e 11,5% procedentes do estado do Maranhão, semelhante à amostra de uma pesquisa realizada com um total de 800 mulheres admitidas em uma UTI materna de alto risco em Recife (PE), em que 81,2% das internações procederam dos municípios integrantes de Pernambuco.¹² A maternidade pública em estudo é referência em média e alta complexidade para os municípios do Piauí conforme tipo de pactuação realizado por meio das secretarias municipais e estaduais de saúde.⁶

Na investigação de mortalidade materna no sul do Brasil, estudiosos deste tema evidenciaram dificuldades e demora quanto ao tratamento e transferência de mulheres com pré-eclâmpsia, na maioria das vezes em estado crítico, para serviços de referência.⁷ Este resultado demonstra a gravidade da Síndrome HELLP, podendo ser determinado pela deficiência de recursos financeiros, profissionais capacitados ou de estrutura para uma assistência adequada a estas mulheres, principalmente quanto ao encaminhamento adequado para centros de referência.^{9,13}

Quanto à escolaridade, a maioria das mulheres possui o ensino fundamental (38,5%), o que representa baixa escolaridade, achado considerado de risco para o desenvolvimento das síndromes hipertensivas. Em um estudo realizado no Pará com gestantes diagnosticadas com Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação que cursaram óbitos no período de 2009 a 2012, utilizando-se de uma amostra de 33 participantes, os autores detectaram que 39,4% possuíam o ensino fundamental incompleto, informações semelhantes as encontradas neste estudo.¹⁴

Quanto ao trabalho, 46,2% das mulheres não exercem atividade remunerada. Em estudo realizado entre 1997 e 2005, os autores identificaram renda familiar inferior a três

salários mínimos. Mostrou-se, ainda, que 42,3% correspondem a informações ignoradas, devido à ausência de notificação em livro de registro ou prontuários, limitando a análise desta variável.¹³ Analisando a ocupação, pode-se afirmar que mulheres que exercem atividade remunerada detêm mais atitudes acertadas em relação aos cuidados inerentes ao período gestacional, o que demanda autonomia.¹⁵

Tabela 2 - Caracterização clínica das mulheres com síndrome HELLP. Teresina, PI, 2016.

Variáveis	N	%
Fatores de risco		
Pré-eclâmpsia na gestação anterior	25	48,07
Hipertensão arterial crônica	04	7,72
Eclampsia	09	17,30
Histórico familiar de HELLP	05	9,61
Complicações associadas		
Complicações hepáticas	10	19,2
Complicações renais	20	38,7
Hemorragias	02	3,8
Complicações pulmonares	03	5,7
Outras complicações	17	32,6
Manifestações clínicas		
Presença de edema	17	32,6
Cefaleia	14	27,0
Dor epigástrica	10	19,2
Pressão arterial >150X100mmHg	11	21,2

Quanto aos fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome HELLP, destacaram-se: pré-eclâmpsia na gestação anterior (48,07%), seguida de eclampsia (17,30%). Informações semelhantes também foram evidenciadas em um estudo realizado em Pernambuco no período de 2005 e 2006 em que 82,5% das participantes cursaram pré-eclâmpsia.¹⁶ Portanto em pesquisa realizada em Teresina (PI), em uma maternidade pública de referência, constituído por 372 mulheres com pré-eclâmpsia no período de 2011 a 2012, constatou-se que 7,17% deste total foram compostos por mulheres com síndrome HELLP.⁶

Em toda gestante com quadro sugestivo de pré-eclâmpsia, os exames laboratoriais específicos devem ser realizados precocemente. Nas fases iniciais, somente as aminases e desidrogenase láctica podem estar presentes. As seguintes alterações indicam uma chance de mais de 75% de morbidade materna grave: DHL >1.400UI/l, TGO >150UI/l, TGP >100UI/l e ácido úrico >7,8 mg/dl. A presença de náuseas, vômitos e/ou dor epigástrica é um fator de risco expressivo de morbidade materna.^{2,5}

Em uma pesquisa constituída de 105 mulheres de um ensaio clínico randomizado realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Obstétrica do IMIP, em Recife, Pernambuco, em 2006, 19% das admissões tiveram como diagnóstico a eclampsia, achado similar a este estudo.¹⁰

As principais complicações associadas à síndrome HELLP foram as renais, outras complicações (diabetes gestacional, descolamento prematuro da placenta, hemorragias, parto prematuro e cardiopatias) e hepáticas. O quadro de sintomas apresentados na síndrome HELLP comumente se restringe a mal-estar, epigastralgia, náuseas e cefaleia. Diante deste quadro, é necessário que os profissionais de saúde estejam atentos à clínica dos casos de síndrome HELLP. O não funcionamento adequado do fígado, disfunção hepática, pode ser mensurado por diversos padrões, tais como aumento da desidrogenase láctica (DHL) e das transaminases (TGO e TGP). A disfunção renal está diretamente

associada ao nível de alteração do quadro clínico, conseguindo atingir aproximadamente 46% de mulheres com síndrome HELLP.^{4,17}

As complicações mais comuns da síndrome HELLP são a coagulação intravascular disseminada, o descolamento prematuro de placenta, o edema agudo de pulmão e a insuficiência renal aguda, sendo que infarto e ruptura hepática são as consequências finais mais catastróficas.^{2,18}

Pesquisadores dos distúrbios hipertensivos da gestação revelam que a dor no quadrante superior direito do abdome, seguida de vômitos, pode sugerir diagnóstico de síndrome HELLP, precisamente quando relacionada às modificações laboratoriais que demarcam a mencionada síndrome, tais como: esquizócitos circulantes no sangue periférico com acréscimo de bilirrubina por conta da hemólise, evidência sérica das enzimas hepáticas e plaquetopenia. Achados clínicos tardios, como Coagulação Intravascular Disseminada (CID) e edema agudo de pulmão, podem ser evidenciados. A gravidade da plaquetopenia, os níveis séricos exacerbados de lactato desidrogenase e das aminotransferases estabelecem uma correlação com o prognóstico de mulheres com síndrome HELLP.¹⁹

Quanto às manifestações clínicas, foi descoberta a presença de edema (32,6%), cefaleia (27%), dor epigástrica (19,2%) e pressão arterial sistêmica superior a 150X100mmHg (21,2%). Informações semelhantes a esta pesquisa encontra-se em um estudo realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Recife com dados de 2005 a 2006 em que os autores revelaram os seguintes achados: insuficiência renal aguda (20%) dos casos; pressão arterial sistólica variou de 110 a 260 mmHg, com média de 157,5 mmHg, e a pressão arterial diastólica de 70 a 160 mmHg, com média de 106,7 mmHg e (6,7%) apresentaram edema agudo de pulmão.¹⁸

O diagnóstico imediato é exclusivamente laboratorial e, prioritariamente, deve ser estudado de maneira sistemática nas mulheres diagnosticadas com pré-eclâmpsia grave/eclâmpsia e/ou dor em quadrante superior direito do abdome.^{2,4-5}

CONCLUSÃO

Esta pesquisa mostra que o diagnóstico de síndrome HELLP deve ser assumido de forma precoce para garantia eficaz do tratamento em benefício da vida do binômio mãe/filho. Esta premissa reforça a necessidade de equipes multiprofissionais treinadas e capacitadas para seguimento de todos os passos no engajamento da assistência e tratamento. As principais limitações desta pesquisa relacionam-se à ausência de informações importantes no prontuário da paciente, o que pode contribuir de forma negativa na assistência à mulher e outras pesquisas.

Sugere-se que sejam criados instrumentos que possibilitem o preenchimento e registro adequados do histórico e dados sócio epidemiológicos das mulheres que são admitidas nesta instituição. Além disso, a possibilidade de um arquivo adequado e com estrutura para facilitar o arquivamento dos prontuários e o manuseio de sua busca pelos profissionais que trabalham neste setor. Vale ressaltar a necessidade de educação continuada para profissionais responsáveis pelo preenchimento das admissões das pacientes e esclarecimento sobre a importância dos dados para a pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Moraes MST, Sousa FRO, Marcolino KMT, Davim RMB, Carvalho CFS, Mayana CBG; et al. Síndrome Hellp: proposta de um plano assistencial. Rev Saúde Colet. 2011;8(54):244-8.



2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestaçã de alto risco: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 302.
3. Rezende Filho J, Montenegro CAB. Rezende - Obstetrícia fundamental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, et al. Obstetrícia de Williams. Porto Alegre: AMGH; 2016.
5. Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhaes JA. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre: Artmed; 2006.
6. Ribeiro JF, Rodrigues CO, Bezerra VOR, Soares MSAC, Sousa PG. Caracterização sociodemográfica e clínica da parturiente com pré-eclampsia. RevEnferm UFPE online [Internet]. 2015 [acesso em 2016];9(5):7917-23. Disponível em: <http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10542/11452>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde/CNS; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
8. Moraes MST, Sousa FRO, Marcolino KMT, Davim RMB, Carvalho CFS, Mayana CBG, et al. Síndrome Hellp: proposta de um plano assistencial. RevSaúde Colet. 2011;8(54):244-8.
9. Nery IS, Viana LS, Viana LMM, Araújo THE, Feitosa CF, Pereira VF. Perfil epidemiológico e obstétrico de gestantes com síndrome HELLP. CogitareEnferm[Internet]. 2014[acesso em 2016 abr 16];19(1):147-52. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/35973>.
10. Melo BCP, Amorim MMR, Katz L, Coutinho I, Verissimo G. perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclampsia grave. RevAssocMedBras[Internet]. 2009[acesso em 2016 abr 16];55(2):175-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000200022&lng=en.
11. Oliveira LC, Costa AAR. Near miss materno em unidade de terapia intensiva: aspectos clínicos e epidemiológicos. RevBras Ter Intensiva. 2015;27(3):220-7.
12. Amorim MMR, Katz L, Ávila MB, Araújo DE, Valença M, Albuquerque CJM et al. Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. RevBrasSaudeMaterInfant [Internet]. 2006 maio [acesso em 2016 abr 16]; 6(Supl 1):s55-s62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000500008&lng=en.
13. Martins L. Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Projeto de Lei nº 316 de 25 de abril de 2011. Institua semana da conscientização sobre a “Síndrome de HELLP” e dá outras providências [Internet]. 2012 [acesso em 2016 abr 16]. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro1115.nsf/f4b46b3cdbba990083256cc900746cf6/031b93167f54e9908325787e0058b88b?OpenDocument>.
14. Guerreiro DO, Borges WD, Nunes HHM, da Silva SC, Maciel JP. Mortalidade materna relacionada à Doença Hipertensiva Específica da Gestaçã (DHEG) em uma maternidade no



- Pará. RevEnferm UFSM[Internet]. 2014 [acesso em 2016];4(4):825-34. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufism/article/view/13159/pdf>.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde do Brasil -2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
16. Carvalho ARMR, Amorim MMR de, Katz L, Souza ASR de, Santos ARVD, Lima ALMV de. Ressonância magnética hepática em puérperas estáveis com síndrome HELLP. RevAssocMedBras[Internet]. 2008[acesso em 2016 abr 16];54(5):436-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000500018&lng=en.
17. Pereira MN, Montenegro CAB, Rezende Filho J. Síndrome HELLP: diagnóstico e conduta. Femina [Internet]. 2008 [acesso em 2016 abr 16];36(2):111-6. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/femina-2_fevereiro_111-116.pdf.
18. Katz L, Amorim MMR, Miranda VG, Silva JLP. Perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com síndrome HELLP admitidas em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. Ver Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2008[acesso em abr 15];30(2):80-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n2/06.pdf>.
19. PolloFlores P, Ferraz L, Lopes PF, Marcolino L, AmimJúnior J, RezendeFilho J, Braga A. Alterações hepáticas da gravidez. Femina [Internet]. 2015[acesso em 2016 abr 14];43(5):225-34. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n5/a5319.pdf>.

Data de recebimento: 04/03/2016

Data de aceite: 23/01/2017

José Francisco Ribeiro

Endereço: Conjunto José de Almeida Neto (Mocambinho) Quadra 28; Casa 6; Setor C
Cep: 64010-360 Teresina-Piauí