



Acta Scientiarum. Health Sciences

ISSN: 1679-9291

eduem@uem.br

Universidade Estadual de Maringá

Brasil

Cavalcante Lacerda, Ione; Magalhães Moreira, Thereza Maria
Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia
Acta Scientiarum. Health Sciences, vol. 33, núm. 1, 2011, pp. 71-76
Universidade Estadual de Maringá
Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307226628013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia

Ione Cavalcante Lacerda^{1*} e Thereza Maria Magalhães Moreira²

¹Universidade Estadual do Ceará, Av. Paranjana, 1700, Campus do Itapery, Fortaleza, Ceará, Brasil. ²Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Autor para correspondência. E-mail: ione_enferm@yahoo.com.br

RESUMO. Objetivou-se descrever as características da clientela com pré-eclâmpsia/eclâmpsia no período de 2007. A pesquisa, quantitativa, descritiva e documental foi realizada em um hospital municipal de Fortaleza, Estado do Ceará com serviço de emergência ginecológica e obstétrica. Na análise de 132 casos, observamos que a maioria era adolescente e solteira. Os sinais e sintomas mais citados pelas gestantes foram cefaleia, tontura e edema de membros. Dentre os principais medicamentos prescritos, a hidralazina foi o mais utilizado no serviço. Constatamos a necessidade de melhoria no serviço público para assistir tal demanda e ressaltamos a necessidade de se alertar os profissionais de saúde quanto à importância do registro para conhecimento e compreensão das características dessa clientela.

Palavras-chave: gestação, complicações, hipertensão, pré-eclâmpsia.

ABSTRACT. *Obstetric characteristics of women treated for pre-eclampsia and eclampsia.* The objective was to describe the characteristics of the clientele treated for pre-eclampsia/eclampsia in 2007. The research, which was quantitative, descriptive and documentary, was conducted at a municipal hospital in Fortaleza, Ceará State, featuring gynecological and obstetric emergency services. After analyzing 132 cases, we observed that most patients were adolescent and single. The most cited signs and symptoms by the pregnant women were headache, dizziness and limb edema. With regard to the most prescribed medications, hydralazine was the most utilized in the service. We established a need for improvement in the public service to meet the demand and understand the characteristics of this clientele.

Keywords: pregnancy, complications, hypertension, pre-eclampsia.

Introdução

A hipertensão arterial complica 10% de todas as gestações e junto com a hemorragia e a infecção formam uma tríade letal, que causa até 50.000 mortes maternas por ano no mundo (SÁNCHEZ et al., 2004).

Dentre essas complicações, encontra-se a pré-eclâmpsia (PE), cujo início é lento e insidioso na segunda metade da gravidez. Caracterizando-se pelo desenvolvimento de hipertensão com proteinúria ou edema, ou ambos, tendo como fatores predisponentes: os extremos da idade fértil, a raça negra, familiares de primeiro grau que apresentaram pré-eclâmpsia, hipertensão crônica e baixo nível socioeconômico. Além desses, algumas podem apresentar associação entre alterações psicológicas e quadros hipertensivos (SIBAI et al., 2005; SMITH; BAKER, 2005).

A PE complica de 3 a 8% das gestações; é uma doença de caráter irreversível que afeta múltiplos órgãos e, pela lesão que atinge a mãe e ao feto, é responsável por uma proporção considerável de mortes maternas e perinatais. Na Venezuela, ocorre

com frequência que oscila entre 1,5 e 6,2% para a pré-eclâmpsia, e 0,05 e 0,5% para a eclâmpsia (BRICEÑO-PÉREZ; BRICEÑO-SANABRIA, 2006; GUARIGLIA; HERRERA, 2005).

A eclâmpsia é o início de convulsões numa mulher cuja gravidez se complicou por pré-eclâmpsia. Estes episódios podem ocorrer durante a gravidez (após as 20 semanas de gestação) durante o parto ou nas primeiras 48h do período pós-parto. Há grande incidência de morte materna nas mulheres com eclâmpsia (OMS, 2005). De acordo com a sua relação temporal com o parto pode ser pré-parto, intraparto ou pós-parto: 25% dos casos ocorrem no pós-parto (HERNÁNDEZ et al., 2008). Na Venezuela, sua frequência oscila entre 1,5 e 6,2% para a pré-eclâmpsia, e, 0,05 e 0,5% para a eclâmpsia (GUARIGLIA; HERRERA, 2005).

Apesar da sua importância em saúde pública, a etiologia da hipertensão que se manifesta na gestação permanece desconhecida. Diante disso, sentimos, então, a necessidade de investigar sua frequência, características sócio-epidemiológicas, manifestações

clínicas e tratamento utilizado. A partir dos resultados, acreditamos poder favorecer melhor abordagem à gestante com pré-eclâmpsia e eclâmpsia, possibilitando o estabelecimento de ações mais direcionadas a essa clientela pela equipe de saúde, contribuindo, assim, para a diminuição da morbimortalidade materna e perinatal.

Sabemos que para ser efetivo, o serviço deve propiciar assistência eficaz às gestantes, sendo indispensável que toda equipe conheça as características dessa clientela por eles assistidas. Diante do que foi exposto acima, surgiram os seguintes questionamentos: Quais as principais características das gestantes acometidas por pré-eclâmpsia/eclâmpsia? Que condutas estão sendo estabelecidas frente a uma gestante de risco?

Diante de tais considerações, tivemos como objetivo investigar o perfil obstétrico, social e epidemiológico de mulheres acometidas por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um hospital público de Fortaleza, Estado do Ceará.

Material e métodos

Pesquisa quantitativa, descritiva e documental, realizada por meio de fichas de atendimento da emergência obstétrica, que permitiu realizar um estudo da situação de saúde dos casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, atendidas em um hospital municipal de Fortaleza, durante o ano de 2007.

O hospital atende a uma parcela significativa da população de baixa renda do município e é responsável pelo atendimento de pessoas provenientes de dez bairros de Fortaleza. A população é atendida 24h por dia, com livre acesso por procura direta ou por encaminhamentos. São realizados atendimentos de emergência a pacientes adultos, pediátricos e obstétricos. Possui três unidades de internação, com 29 leitos de clínica médica, 28 leitos de pediatria, 27 de alojamento conjunto, oito leitos de berçário e dois de unidade de terapia de urgência, perfazendo um total de 96 leitos.

Foram coletados os dados de fichas de atendimento da emergência obstétrica e ginecológica do ano de 2007 totalizando 9.476 fichas. A amostra foi composta por todas as fichas de pacientes diagnosticadas com pré-eclâmpsia e eclâmpsia, com um total de 132 fichas. Foram incluídas no estudo todas as fichas de atendimento do serviço de emergência obstétrica do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2007. Neste estudo não foram adotados critérios de exclusão. A coleta de dados foi realizada nos arquivos do serviço de atendimento médico estatístico (SAME) durante o período de março a abril de 2008.

As variáveis analisadas foram idade, estado civil, número de gestações, número de partos, número de abortos, pressão arterial, sinais e sintomas apresentados pela gestante, diagnóstico médico e o tratamento utilizado.

A fim de se proceder a discussão e análise, os dados coletados foram organizados em tabelas e figuras. O programa de estatística utilizado foi o SPSS versão 12.0. A interpretação dos dados foi feita com base na literatura pertinente ao tema.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Comepe) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com o número de protocolo 0744289-5, conforme resolução 196/96, sobre pesquisas que envolvem seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Solicitamos à direção da instituição assinar o termo de fiel depositário para a realização do estudo. Além disso, durante a divulgação dos dados foi garantido o anonimato das participantes no projeto. Todas as despesas relativas ao projeto foram assumidas pelas pesquisadoras, sendo solicitado ao CNPq apenas bolsa para a discente vinculada ao projeto.

Resultados e discussão

Os casos de pré-eclâmpsia/eclâmpsia foram 1,4% do total de atendimentos. O fato de o hospital onde foi realizado o estudo não ser referência no atendimento a riscos gestacionais, a inclusão de exames ginecológicos no número total de atendimentos e falhas no registro das fichas (letras ilegíveis, registros incompletos, ausência de diagnóstico, dentre outros) explicam a baixa frequência de casos.

Apesar disso, foi possível verificar que 19,7% das gestantes atendidas com diagnóstico de pré-eclâmpsia/eclâmpsia foram encaminhadas para unidades de referência em atendimento de gestante de alto risco. Observamos também que 47% das gestantes com PE atendidas na emergência foram internadas após atendimento. Segundo Leichentritt et al. (2005), a internação pode gerar tensão emocional, pois acredita-se que o parto pode ser precedido por um período de maior ansiedade, agravado pela necessidade da precoce hospitalização materna e decorrente interrupção da gravidez.

Em 2007, não houve morte materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia no hospital em estudo. Entretanto, Bezerra et al. (2005) realizaram estudo em uma maternidade-escola de Fortaleza, Estado do Ceará, no período de 1981 a 2003, sobre mortalidade materna e observaram que 41,2% dos óbitos maternos foram em decorrência de complicações hipertensivas. Porém, observa-se que, com a transferência das pacientes obstétricas mais gravemente enfermas, perde-se a

evolução dos casos e, com isso, os resultados são minimizados.

Ao analisarmos a frequência de casos no período de 2007, observamos que a frequência de casos por mês se encontrou linear na maioria dos meses. Observamos que os meses que apresentaram maior quantidade de casos foram julho (11,4%) e setembro (10,6%).

A frequência de casos de PE foi dominante comparada a de eclâmpsia. Dentre as 132 gestantes atendidas, 130 (98,5%) foram diagnosticadas com PE e apenas duas (1,5%) pacientes desenvolveram convulsão, caracterizando, assim, a eclâmpsia. Portanto, quando analisamos os casos de PE e eclâmpsia no hospital em estudo, observamos que, de um total de 9.476 gestantes atendidas em 2007, 1,37% apresentaram pré-eclâmpsia e 0,02% desenvolveram eclâmpsia.

A incidência de eclâmpsia é variável, predominando em países em desenvolvimento. Enquanto os países desenvolvidos apresentam taxas entre 0,2 e 3,2 casos para cada 1.000 partos, naqueles em desenvolvimento as taxas são maiores, ocorrendo entre 0,5 e 21,4 casos para cada 1.000 partos. Em média, a incidência de eclâmpsia em cada 1.000 partos é de 1,3 nos países em geral, com valor de 0,6 nos países desenvolvidos e 4,5 nos países em desenvolvimento (ABBADE, 2005).

No tocante às características sócio-epidemiológicas das gestantes, observamos que a maioria delas era adolescente, na faixa etária de 14 a 19 anos (42,42%). Foram observados também casos em mulheres com idade igual ou superior a 40 anos (7,57%).

Sabe-se que a gravidez na adolescência tem sido associada a uma frequência aumentada de resultados obstétricos adversos, dentre eles a PE e eclâmpsia. A toxemia seria particularmente mais incidente nas adolescentes mais jovens (menor de 16 anos) porque neste grupo é maior o número de pacientes nulíparas, com estado nutricional deficiente e ausência de cuidado pré-natal. Nossos dados não revelam diferença entre as duas faixas etárias, embora a falta de critérios precisos ao diagnóstico dessa complicação por faixa etária possa provavelmente explicar tal dado (MAGALHÃES et al., 2006).

Em estudo realizado com adolescentes da América Latina, foram analisadas 344.626 gestações. A população de estudo foi dividida em três grupos: com menos de 15 anos, 16 a 17 anos e 18 a 19 anos. Observou-se clara tendência à frequência aumentada de PE, eclâmpsia, anemia e cesariana com a diminuição da idade materna (CONDE-AGUDELO et al., 2005).

Um estudo realizado na Índia observou que a maior ocorrência da Síndrome Hipertensiva da Gestação (SHG) foi entre as primíparas, as mulheres jovens e as com pré-eclâmpsia em gestações anteriores (PRAKASH et al., 2006).

A partir da análise dos dados da Tabela 1, observamos que 55,3% (73) das gestantes acometidas por pré-eclâmpsia/eclâmpsia eram primigestas e 44,7% (59) eram multigestas. A literatura relata que, embora qualquer gestante possa contrair uma Síndrome Hipertensiva (SH), algumas correm maior risco, incluindo aquelas que são brancas, primigestas jovens/adolescentes, e com idade superior a 35, 40 anos e gestação múltipla (JAKOBI, 2005; PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

Tabela 1. Casos de pré-eclâmpsia/eclâmpsia segundo o número de gestações, Fortaleza, Estado do Ceará, 2007.

Faixa etária	Número de gestações						
	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G10
14 - 19	53	3	0	0	0	0	0
20 - 29	19	17	3	1	2	2	0
30 - 39	1	5	7	4	4	1	0
40 - 49	-	1	3	1	1	3	1
Total	73	26	13	6	7	6	1

G* Gestações.

Em nosso estudo, a faixa etária das gestantes mais acometida por pré/eclâmpsia foi de 14 à 19 anos o que corrobora com os estudos citados acima. A gravidez na adolescência tem sido considerada por alguns autores como um dos maiores problemas da Saúde Pública, devido ao alto índice de gestações nesta faixa etária e os riscos de desenvolver a SHG.

Estudos epidemiológicos sugerem a participação do sistema imune na etiologia da PE, como evidenciado pelo aumento do risco em nulíparas e em múltiparas com um novo parceiro (SAFTLAS et al., 2003). Segundo Sibai et al. (2005), a prevalência de hipertensão gestacional em mulheres nulíparas é de 6 a 17%, sendo de 2 a 4% em múltiparas.

Com relação ao estado civil, podemos observar que a maioria das gestantes em estudo era solteira (76,5%), 19% casadas e 5% englobavam mulheres viúvas, separadas, divorciadas ou união estável como ilustra a Figura 1, a seguir.

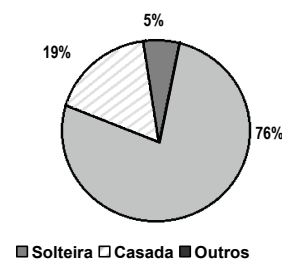


Figura 1. Casos de pré-eclâmpsia/eclâmpsia e estado civil. Fortaleza, Estado do Ceará, 2007.

A gestação na adolescência, principalmente na faixa até 16 anos, com muita frequência, trata-se de um episódio não-planejado. Um dos problemas relacionados à gestação precoce é o abandono da gestante pelo parceiro, geralmente também

adolescentes, sendo a ocorrência da gestação, frequentemente, acompanhada de muitos conflitos na família e entre o casal.

O aborto foi outra variável de interesse em nosso estudo. Verificamos que a maioria não teve abortos anteriores à gestação com PE (78%). Cerca de 17,4% das gestantes apresentaram história de um aborto, 3,8% de dois abortos e 0,8% de três.

As manifestações clínicas da PE e eclâmpsia foram analisadas e observamos que muitas gestantes apresentaram sinais e sintomas como cefaleia (45,4%), edema em membros superiores e inferiores (58,3%), tontura (20,4%) e dores no baixo ventre (18,1%). Houve, porém, gestantes com mais de um sintoma/sinal. A proteinúria também foi bastante prevalente, aparecendo em 63,6% dos casos, como ilustra a Tabela 2.

Tabela 2. Casos de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, segundo sinais e sintomas descritos pelas gestantes. Fortaleza, Estado do Ceará, 2007.

Manifestações clínicas	f	%
Cefaleia	60	45,4
Tonturas	27	20,4
Náuseas	15	11,3
Vômitos	4	3
Visão turva	19	14,4
Dor no baixo ventre	24	18,1
Cólicas	6	4,5
Edema de membros	77	58,3
Anasarca	24	18,1
Convulsão	2	1,5
Proteinúria	84	63,6
Sem queixas	12	9

Segundo Avena et al. (2007), em muitas oportunidades, a primeira manifestação da pré-eclâmpsia consiste na elevação das cifras tensionais que, geralmente, é assintomática e é pesquisada no controle pré-natal. O que pode explicar o fato de 12% das gestantes não referirem queixa.

As mulheres com pré-eclâmpsia não se sentem doentes até a condição se tornar grave apresentando risco de morte. A natureza insidiosa da doença é uma das razões da sua periculosidade. Sua detecção e seguimento cuidadoso no pré-natal são essenciais para estabelecer o diagnóstico precoce e o tratamento antecipado da eclâmpsia grave. Por vezes, a pré-eclâmpsia ligeira progride muito rapidamente e sem aviso para pré-eclâmpsia grave e para eclâmpsia (OMS, 2005).

Uma vez que a maioria desses sintomas é comum em gestações normais e se assemelha aos sintomas de outras doenças, a SH é difícil de diagnosticar. O diagnóstico precoce é, iminentemente, laboratorial e deve ser pesquisado de maneira sistemática nas mulheres com pré-eclâmpsia/eclâmpsia e/ou dor no quadrante superior direito do abdome (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

Os dados sobre a proteinúria foram obtidos mediante o registro na ficha de atendimento do laboratório do hospital em estudo; todas as gestantes que apresentavam níveis tensionais elevados tinham este exame solicitado. Observamos que 63,6% obtinham este registro e apresentavam proteinúria. O restante não possuía registros do laboratório, o que revela a possibilidade de haver mais gestantes apresentando proteinúria.

Quanto à sua sintomatologia clássica, observa-se: cefaleia, turvação visual, epigastralgia, tontura, edema e vômitos. Em um estudo com gestantes acometidas por essa doença, todas apresentaram, pelo menos, dois desses sintomas, com maior incidência de cefaleia (29%) e edema (16%) (LEAL, 2004).

Em relação às queixas relatadas pelas pacientes diagnosticadas com a síndrome, estas se apresentam de acordo com a literatura, na qual cerca de 90% das pacientes referem dor na parte superior direita do abdome, cefaleia, vômito e sonolência (JAKOBI, 2005).

Em nosso estudo, o edema de membros inferiores (64,17%) e a anasarca (20%) foram manifestações clínicas significativas. Segundo Avena et al. (2007), o edema afeta aproximadamente 85% das mulheres com pré-eclâmpsia e, nestes casos, é de aparição rápida e pode estar associado com um rápido ganho de peso.

Pode-se inferir que a pré-eclâmpsia é, na realidade, uma doença generalizada, sendo a hipertensão apenas uma de suas manifestações. Observam-se lesões em vários órgãos, incluindo cérebro, rins, fígado e coração. As manifestações referidas na Tabela 2 comprovam o quanto esta doença atinge diferentes sistemas do organismo materno, levando risco não somente à mãe, mas também ao feto.

Outro fator importante é o fato que 19,7% das gestantes atendidas com diagnóstico de pré-eclâmpsia/eclâmpsia foram encaminhadas para unidades de referência em atendimento de gestantes de alto risco e 47% das gestantes com PE atendidas na emergência foram internadas após atendimento. Esses fatos limitaram o estudo, pois, não foi possível investigar a conduta e o desfecho do atendimento a essas gestantes.

Segundo Egan e Peña (2007), o tratamento anti-hipertensivo está dirigido a prevenir complicações cerebrovasculares e cardiovasculares, e se recomenda geralmente quando a pressão arterial diastólica é > 105 mm Hg, e a pressão arterial sistólica é > 160 mm Hg, evitando quedas súbitas de pressão. O objetivo é manter a pressão sistólica entre 140 e 160 mm Hg, e a pressão diastólica entre 90 e 105 mm Hg, com o intuito de manter a pressão de perfusão cerebral e o fluxo sanguíneo uteroplacentário. A hidralazina parenteral é o agente mais frequentemente utilizado para este propósito.

A redução da pressão arterial nem sempre implica na diminuição da incidência de eventos cardiovasculares. Na gestação, os objetivos terapêuticos incluem sobrevivência fetal e materna, manutenção de peso fetal adequado ao nascimento, baixa incidência de complicações e prevenção de eclâmpsia (COSTA et al., 2005).

Dentre os 32,6% de fichas prescritas, observamos que os medicamentos anti-hipertensivos mais utilizados foram a Hidralazina (24,2%), Metildopa (6,1%) e Nifedipina (2,3%), conforme ilustra a Tabela 3. A literatura corrobora os resultados descritos ao mostrar que as drogas de primeira escolha para o tratamento da crise hipertensiva na gestação são a nifedipina por via oral e a hidralazina por via endovenosa. Ao escolher a medicação anti-hipertensiva na gravidez, também se deve dar preferência à utilização da metildopa. Essa droga tem melhor perfil de segurança e eficácia para a gestante e o feto. Embora não seja um hipotensor potente, é dos anti-hipertensivos que apresenta menor diminuição do fluxo placentário. Outro estudo se refere à hidralazina como fármaco de eleição, pois reduz rapidamente a tensão arterial quando existe hipertensão grave (OMS, 2005).

Tabela 3. Frequência de medicamentos prescritos. Fortaleza, Estado do Ceará, 2007.

Medicamentos prescritos	Frequência	Porcentagem (%)
Hidralazina	32	24,2
Metildopa	8	6,1
Sulfato de Magnésio	7	5,3
Nifedipina	3	2,3
Furosemida	1	0,8

Embora o sulfato de magnésio tenha sido pouco utilizado pela equipe médica da emergência obstétrica em estudo (5,3%), essa droga representa a primeira escolha para prevenir a aparição de convulsões em mulheres com pré-eclâmpsia severa. Está relacionada com redução significativa na ocorrência de crises convulsivas (EGAN; PEÑA, 2007). A furosemida, diurético importante, foi utilizada em uma paciente (0,8%), porém, seu uso não é recomendado quando se trata de pré-eclâmpsia (RIBEIRO; LOTUFO, 2005).

Mais preocupante é a condução da paciente em uma fase precoce da gestação, quando a viabilidade do feto é questionável ou se apresenta instável. Na decisão de prolongar a gestação com o intuito de melhorar os resultados perinatais, devem sempre ser considerados os riscos maternos. O parto, geralmente, é aconselhável na presença de sinais de DHEG severa (NOGUEIRA et al., 2001).

Com relação às prescrições médicas (leia-se medicamentosas), verificamos que a grande maioria

das fichas (67,4%) não apresentava registros. Como nas fichas também não continham a idade gestacional, tornou-se difícil estabelecer uma explicação para uma porcentagem elevada de fichas sem prescrição. A 20,5% das fichas de atendimento não apresentaram registros de anamnese, dificultando a análise mais fidedigna e acurada dos casos.

Observamos, portanto, a falta de registros médicos e de enfermagem, o que abre diversas questões quanto aos motivos dessa ausência: será que não foi realizada a anamnese? Não houve tratamento medicamentoso? Não houve tempo para realizar o registro? Sobre o registro médico, sabe-se que preencher corretamente documentos, como prontuários, é obrigação (CFM, 1999), além de servir para protegê-lo em questões judiciais, fato comum de ocorrer quando o desfecho final é trágico. Acerca do registro de enfermagem, sua adoção possibilitaria desenhar o perfil epidemiológico da população assistida e elaborar um plano assistencial para cada caso especificamente. Para esclarecer tais questionamentos seria necessário um estudo mais aprofundado com os profissionais.

Conclusão

Constatamos que muitas gestantes eram jovens e adolescentes, a maioria solteira e primigesta. Os sinais e sintomas mais citados pelas gestantes foram a cefaléia, a tontura, o edema de membros e a proteinúria. No tocante aos principais medicamentos prescritos, a hidralazina foi o mais utilizado no serviço.

Quanto ao preenchimento da ficha de atendimento, observamos ausência de registros, dificultando a investigação sobre possíveis sinais e sintomas apresentados pelas pacientes. Sendo necessário alertar aos profissionais de saúde sobre a importância do registro como fonte de informações para o conhecimento e compreensão das características desta clientela.

Referências

- ABBADÉ, J. F. **Esquema de Zuspan versus esquema alternativo com sulfato de magnésio na prevenção e tratamento da eclâmpsia, comparação da concentração sérica de magnésio**. 2005. Tese (Doutorado em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia)-Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2005.
- AVENA, J. L.; JOERIN, V. N.; DOZDOR L. A.; BRÉS, S. A. Preeclâmpsia/eclâmpsia. **Revista de Pós-graduação de La Via Cátedra de Medicina**, n. 165, p. 20-25, 2007.
- BEZERRA, E. H. M.; JÚNIOR, C. A. A.; FEITOSA, F. R. G.; CARVALHO, A. A. A. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola. **Revista Brasileira de**

- Ginecologia e Obstetícia**, v. 27, n. 9, p. 548-553, 2005.
- BRICEÑO-PÉREZ, C.; BRICEÑO-SANABRIA, L. **Conducta obstétrica basada en evidencias. Preeclampsia leve: manejo expectante, hospitalario o ambulatorio? Ginecologia y Obstetricia de Mexico**, v. 74, n. 10, p. 537-545, 2006.
- CONDE-AGUDELO, A.; BELIZAN, J. M.; LAMMERS, C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. **American Journal Obstetrics and Gynecology**, v. 192, n. 2, p. 342-349, 2005.
- CFM-Conselho Federal de Medicina. **Código de ética médica**. 5. ed. Brasília: CFM, 1999. p. 19.
- COSTA, S. H. M.; RAMOS, J. G. L.; VETTORI, D. V.; VALÉRIO, E. G. Hipertensão crônica e complicações na gravidez. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, Ano XIV, n. 5, p. 44-47, 2005.
- EGAN, L. A. V.; PEÑA, S. P. C. Conceptos actuales sobre la preeclampsia-eclampsia. **Revista de la Facultad de Medicina UNAM**, v. 50 n. 2, p. 57-61, 2007.
- GUARIGLIA, D.; HERRERA, J. L. Hipertensión inducida por el embarazo. In: ZIGHELBOIM, I.; GUARIGLIA, D. (Ed.). **Clínica obstétrica**. 2. ed. Caracas: Dislinlimed, 2005. cap. 30, p. 371-385.
- HERNÁNDEZ, G.; CÁRDENAS, P. L. A. L.; MUCI-MENDOZA, R. "Después de la tormenta sobreviene la calma..." Hipertensión inducida por el embarazo y desprendimiento seroso de la retina. Angiografía fluoresceínica evolutiva. **Gaceta Médica de Caracas**, v. 116, n. 1, p. 57-62, 2008.
- JAKOBI, H. R. **Síndrome de HELLP**. 2005. Disponível em: <<http://www.jakobi.com.br>>. Acesso em: 13 jul. 2008.
- LEAL, M. V. P. Conhecimentos e sentimentos de mulheres portadoras de doença hipertensiva específica da gravidez. **Revista Brasileira em Pogramação da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 21-26, 2004.
- LEICHRENTTRITT, R. D.; BLUMENTHAL, N.; ELYASSI A.; ROTMENSCH, S. High-risk pregnancy and hospitalization: the women's voices. **Health and Social Work**, v. 30, n. 1, p. 39-47, 2005.
- MAGALHÃES, M. L. C.; FURTADO, F. M.; NOGUEIRA, M. B.; CARVALHO, F. H. C.; ALMEIDA, F. M. L.; MATTAR, R.; CAMANO, L. Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetícia**, v. 28, n. 8, p. 446-452, 2006.
- NOGUEIRA, A. A.; REIS, F. J. C.; REIS, P. A. S. A paciente gestante na unidade de terapia intensiva. **Simpósio: Medicina Intensiva**, v. 34, n. 4, p. 123-132, 2001.
- OMS-Organização Mundial de Saúde. **Eclâmpsia**. Manual para Professores de Enfermagem Obstétrica. Genebra: OMS, 2005.
- PERAÇOLI, J. C.; PAPPINELLI, M. A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Revista Brasileira de Ginecologia**, v. 27, n. 10, p. 627-634, 2005.
- PRAKASH, J.; PANDEY, J. K.; SINGH, A. K.; KAR, B. Hypertension in pregnancy: hospital based study. **JAPI**, v. 54, p. 273-278, 2006.
- RIBEIRO, R. C.; LOTUFO, P. A. **Hipertensão arterial: diagnóstico e tratamento**. 1. ed. São Paulo: Savier, 2005.
- SAFTLAS, A. F.; LEVINE, R. J.; KLEBANOFF, M.; MARTZ, K. L.; EWELL, M. G.; MORRIS, C. D.; SIBAI, B. M. Abortion, changed peternity, and risk of preeclampsia in nulliparous women. **American Journal of Epidemiology**, v. 157, n. 12, p. 1108-1114, 2003.
- SÁNCHEZ, P. A.; SÁNCHEZ, V. A.; BELLO, V. M.; SOMOZA, M. E. Enfermedad hipertensiva del embarazo en terapia intensiva. **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia**, v. 30, n. 2, 2004. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2004000200007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2009.
- SIBAI, B. M.; DEKKER, G.; KUPFERMINC, M. Preeclampsia. **Lancet**, v. 365, p. 785-99, 2005.
- SMITH, R. A.; BAKER, P. N. Risk factors, prevention and treatment of hypertension in pregnancy. **Minerva Ginecologica**, v. 57, n. 4, p. 379-388, 2005.

Received on July 21, 2009.

Accepted on May 11, 2010.

License information: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.