
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JANYNE ALINE CORREIA DE LIMA

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PRESTADO À GESTANTE COM
ECLAMPSIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JANYNE ALINE CORREIA DE LIMA

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PRESTADO À GESTANTE COM
ECLAMPSIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Fernanda Maria Vieira Pereira

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PRESTADO À GESTANTE COM ECLAMPSIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA** de autoria do aluno **JANYNE ALINE CORREIA DE LIMA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado _____ no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Fernanda Maria Vieira Pereira
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

RESUMO

Objetivo: analisar a produção científica sobre assistência pré-hospitalar prestada à gestante com eclampsia à luz da revisão integrativa. Método: Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO. Resultados: Foram encontrados 25 artigos sendo, 18 no idioma inglês, dois em espanhol e cinco em português. Estes foram submetidos a releituras, com a finalidade de realizar uma análise interpretativa, direcionada pelos objetivos estabelecidos. Conclusão: Dentre as principais condutas apontadas nos estudos encontrados destacaram-se a manutenção das vias aéreas livres para reduzir o risco de aspiração; a oxigenoterapia por cateter nasal ou máscara de oxigênio úmido; a punção de acesso venoso; a administração de anticonvulsivante (sulfato de magnésio, sendo o esquema de escolha o de Pritchard) e anti-hipertensiva (hidralazina).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVOS.....	8
2.1 Geral.....	8
2.2 Específico.....	8
3 MÉTODO.....	9
4 RESULTADOS.....	10
5 DISCUSSÃO.....	12
6 CONCLUSÃO.....	16
REFERÊNCIAS.....	17

1 INTRODUÇÃO

O Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM) é considerado um atendimento novo a vítima nos primeiros minutos após o agravo, no qual ocorre fora do ambiente hospitalar. Tem como objetivo realizar uma assistência adequada e um transporte rápido para uma unidade de referência. O atendimento pode ser considerado desde uma simples orientação médica até envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência (LOPES; FERNANDES, 1999).

No Brasil na década de 80 ainda não havia diretrizes nacionais para o APHM, o que levava alguns estados a tomar a iniciativa de criar seus próprios serviços de urgência e emergência, mesmo sem nenhuma linha de orientação e Normatização (FERNANDES, 2004).

No entanto, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com o objetivo de assegurar o atendimento pré-hospitalar à população brasileira, foi implantado e regulamentado no Brasil, em 2003 como componente da Política Nacional de Atenção de Atenção às Urgências (PNAU) após um longo período de idealização e adequação (BRASIL, 2003)

Visando estabilizar as condições vitais, reduzir o risco de morbimortalidade e transportar a vítima o mais brevemente possível ao hospital de referência (BERNARDES; RAMOS; JÚNIOR; PAIVA, 2009), este serviço tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de urgência e emergência externas, gineco-obstétricas, pediátricas, neonatais, psiquiátricas e clínicas (BRASIL, 2003).

O SAMU caracterizado por seu funcionamento de 24 horas por dia conta com equipes de profissionais de diversas áreas como médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, radio-operadores, telefonistas-auxiliares de regulação, condutores de veículo de urgência e profissionais responsáveis pela segurança (BRASIL, 2011)

O atendimento às urgências e emergências gineco-obstétricas constituem grande parte das ocorrências registradas no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde (2000), as elevadas taxas de mortalidade constituem um desafio à saúde pública no Brasil, uma vez que a não garantia do acesso seguro a maternidade, confere às mulheres um limite ao exercício dos direitos reprodutivos.

De acordo com dados do Ministério da Saúde de 2003, as causas diretas de morte materna somaram 63,5% e, a doença hipertensiva específica da gestação (a eclampsia e a pré-

eclâmpsia) representou a primeira causa de óbito entre todas as categorias de raça/cor consideradas (BRASIL, 2003).

Eclampsia é definida como a presença de convulsões ou coma em mulheres grávidas com mais de vinte semanas de gestação na ausência de patologias existente e pré-existente (CASTRO; TRUJILLO, 2002). É a forma mais grave dos distúrbios hipertensivos, que continuam presentes entre as complicações obstétricas mais importantes. Apresenta evolução insidiosa e grave em proporções mundiais, acompanhada de elevada morbiletalidade materno-fetal, principalmente em países em desenvolvimento (NOVO; GIANINI, 2010)

Considerando protocolos padronizados em serviços é importante salientar que são essenciais para o diagnóstico de eclampsia. Dentre as condutas assistenciais, destacam-se as medidas gerais de suporte cardiorrespiratório, tratamento com anti-hipertensivos e anticonvulsivantes e conduta obstétrica resolutiva (NEME, 2006)

Esta padronização de protocolos orienta a transferência o mais rápido possível para o hospital de referência, considerando as características patológicas graves que a eclampsia possui, além das condutas adequadas durante o transporte, fato que pode contribuir para um melhor prognóstico materno e perinatais.

A ausência de padronização do atendimento pré-hospitalar à gestantes com eclampsia representa um agravo a saúde materna e fetal, além de contribuir aos avanços dos altos níveis de morbimortalidade materno-infantil no país. Com isso, destaca-se a necessidade da construção de protocolos na assistência pré-hospitalar que sejam seguros e factíveis de implementação.

Assim, o presente estudo, tem o objetivo de analisar a produção científica sobre assistência pré-hospitalar prestada à gestante com eclampsia à luz da revisão integrativa.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a produção científica sobre assistência pré-hospitalar prestada à gestante com eclampsia à luz da revisão integrativa.

2.2 Específico

Descrever as principais condutas utilizadas no atendimento pré-hospitalar prestado à gestante com eclampsia.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, documental, de revisão integrativa da literatura, tendo como foco principal à literatura científica de periódicos de banco de dados da *LILACS*, *MEDLINE* e *SciELO*.

A coleta dos dados foi realizada por um pesquisador. A questão norteadora adotada para este estudo foi: Quais as principais condutas adotadas no atendimento pré-hospitalar frente à gestante com eclampsia?

Os estudos incluídos na presente revisão obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: artigos na íntegra ou resumo disponível nas bases de dados acima descritas.

A busca da literatura científica teve início com a consulta aos descritores no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). Para a seleção dos artigos utilizou-se os descritores: eclampsia, tratamento de emergência, cuidados críticos.

Após o levantamento da literatura bibliográfica disponível, foi realizado o fichamento dos artigos por meio de uma ficha elaborada pelo autor contendo o título, ano de publicação, autores, base de dados, nome de periódico e resultados encontrados.

4 RESULTADOS

Foram encontrados 25 artigos sendo, 18 no idioma inglês, dois em espanhol e cinco em português. Na sequência, os artigos obtidos foram submetidos a releituras, com a finalidade de realizar uma análise interpretativa, direcionada pelos objetivos estabelecidos previamente. Foram excluídos 15 estudos que se não relacionavam especificamente com a questão norteadora. Assim, dez estudos foram selecionados.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos obtidos de acordo com autores, base de dados, periódicos e ano de publicação. Maceió, AL, 2013/2014.

Nº	Autor (es)	Base de Dados	Periódicos	Ano de publicação
1	MUNRO, P.T.	Medline	J Accid Emerg Med. Jan, v. 17, n. 1, p.7-11	2000
2	BARROS, A.C.S.D.; KAHHALE S.; ZUGAIB, M.	LILACS	Rev. Ginecol.obstet. Abr, v. 2, n. 2, p. 91-6	1991
3	BARROS, A.C.S.D.; KAHHALE, S.; BITTAR, R.E. et al	LILACS	Rev. ginecol. Obstet. Abr, v. 2, n. 2, p. 73-8	1991
4	ESCUADERO, C.; CALLE, A.	Scielo	Rev. Med. Chile [online], v.134, n.4, p. 491-8	2006
5	VALDES, S.G.; ROESSLER, B.E.	Scielo	Rev.méd. Chile. Santiago, mar, v. 130, n. 3,	2002
6	FEITOSA, G.S.; LOPES, R.D.; POPPI, N.T. et al	Scielo	Rev. bras. ter. intensiva [online], v.20, n.3, p. 305-12.	2008
7	LEW, M.; KLONIS, E.	Medline	Emerg Med (Fremantle). Aug, v.15, n.4, p361-8	2003
8	THE ECLAMPSIA TRIAL COLLABORATIVE GROUP	Medline	Lancet. Jun, v. 10; 345, n. 8963, p. 1455-63	1995

9	NETO, J.D.V.; BERTINI, A.M.; TABORDA, W.C. et al	Scielo	Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online], v.22, n.9, p. 543-9.	2000
10	RUANO, R.; ALVES, E.A.; ZUGAIB, M.	Scielo	Rev. Assoc. Med. Bras. v.50, n.3, p. 241-2.	2004

Em relação ao quadro observa-se que dos dez artigos três foram encontrados na base de dados Medline, cinco da Scielo e dois na LILACS. Estes artigos foram publicados entre os anos de 1991 e 2008.

5 DISCUSSÃO

Segundo Montenegro e Rezende (2008) eclampsia é definida como presença de convulsões em mulheres com pré-eclampsia e, devido a esse fenômeno eletrofisiológico anormal temporário, a gestante necessita de cuidados e tratamento adequado.

Munro (2000) em seu estudo relata que até um terço dos casos de eclampsia ocorrem fora do hospital. Assim, a gestante que apresenta este tipo de patologia deve ter cuidados específicos, pois se constitui em uma emergência e a mesma deve ser transferida o mais rápido possível para uma unidade de referência de forma adequada.

O Manual técnico de Pré-Natal e Puerpério do Ministério da saúde (2005) recomenda que a paciente com eclampsia deve ser transferida para um hospital de referência que durante o transporte deve-se tomar algumas providências, como: medidas gerais (manutenção das vias aéreas livres para reduzir o risco de aspiração, oxigenação com instalação de cateter nasal ou máscara de oxigênio úmido, sondagem vesical de demora e punção venosa em veia calibrosa); terapia anticonvulsivante e anti-hipertensiva.

Pesquisa realizada por Barro, Kahhale, Zugaib (1991) apontou a importância da padronização e memorização do roteiro terapêutico, pois pode contribuir para o desempenho dos médicos e enfermeiros que trabalham com eclampsia. Sugerem também um roteiro terapêutico que deve ser aplicado no atendimento prestado às gestantes com eclampsia.

Já o estudo realizado Barros et al. (1991) relata a aplicação de um protocolo de tratamento da eclampsia, em 63 pacientes, baseando na obediência a uma sequência ordenada de recursos terapêuticos. O mesmo conclui que apesar da gravidade das pacientes assistidas, os resultados obtidos com a aplicação deste protocolo se equivalem aos melhores relatados na literatura.

Barro, Kahhale, Zugaib (1991), Barros et al. (1991) utilizam a mesma conduta terapêutica frente a uma gestante com eclampsia, no primeiro artigo definido como roteiro terapêutico e no segundo como protocolo de tratamento. Esta sequência terapêutica consiste em: 1. Oxigenação; 2. Sulfato de magnésio; 3. Avaliação materna e fetal; 4. Tratamento anti-hipertensivo; 5. Correção de distúrbios funcionais; 6. Conduta obstétrica e 7. Assistência da Unidade de Terapia Intensiva.

Em relação à oxigenoterapia uma investigação realizada por Escudero e Calle (2006) aponta a hipóxia como um dos fatores para predisposição da pré-eclampsia. Baixas concentrações de oxigênio interferem no desenvolvimento normal da placenta, pois, ativa fatores de crescimento que inibem a diferenciação do trofoblasto e por mecanismos ainda não

conhecidos levam ao desenvolvimento desta patologia. Por isso é importante a manutenção da PO2 durante toda a gestação inclusive no transporte desta parturiente a unidade hospitalar.

Com relação ao tratamento medicamentoso Valdes e Roessler (2002), Feitosa, Lopes e Poppi (2006) indicam como anti-hipertensivo de escolha a hidralazina por não ser maléfica ao feto. Somente é utilizado nitroprussiato de sódio em casos de parto iminente e quando não se consegue fazer o controle pressórico com hidralazina por via venosa. O objetivo consiste em manter a PA sistólica entre 140 e 160 mmHg e a PA diastólica entre 90 e 105mmHg. Esta última medicação deverá ser realizado a nível hospitalar com a devida monitorização.

O uso de sulfato de magnésio como hipotensor é contra indicado, pois, é necessário uma dosagem alta e isso pode levar a depressão respiratória, por outro lado, seu efeito anticonvulsivante mostrou-se uma maior eficácia que a fenitoína e o diazepam. (VALDES; ROESSLER, 2002; FEITOSA, LOPES; POPPI, 2006)

Segundo Lew e Klonis (2003) na Austrália a hidralazina é provavelmente a droga endovenosa inicial para o tratamento de gestante com hipertensão, no entanto, pode causar taquicardia reflexa e precipitada hipotensão.

De acordo com o Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (2005) a hidralazina deve ser o anti-hipertensivo preferido para a gestante principalmente para o tratamento agudo de hipertensão arterial grave. Já a nifedipina deve ser usada com cautela devido à possibilidade de efeitos colaterais sérios, sobretudo a hipotensão severa, com risco tanto materno quanto fetal. Para o transporte recomenda-se utilizar no controle da pressão arterial a dosagem de 5-10 mg, EV para hidralazina e 10 mg, VO de nifedipina.

Em relação ao uso do anticonvulsivante o sulfato de magnésio é indicado como droga de eleição, pois a grande vantagem dentre os demais anticonvulsivante consiste em não produzir depressão do SNC. No transporte adequado da mulher com eclampsia a dose de ataque sulfato de magnésio utilizada é 4g EV, em 20 minutos. E manutenção com o esquema IM (10g de sulfato de magnésio, sendo aplicados 5g em cada nádegas). Deve-se priorizar este esquema, pois além de produzir cobertura terapêutica por 4 horas após as injeções, pode evitar os riscos de infusão descontrolada de sulfato de magnésio durante o transporte.

Para Munro (2000) o sulfato de magnésio tem sido aceito como tratamento de escolha nos EUA e no Sul África, por apresentar maiores benefícios.

Uma pesquisa do The Eclampsia Trial Collaborative Group (2005) multicêntrica realizada para comparar esquemas-padrão com anticonvulsivante no tratamento de 1687 mulheres com eclampsia concluiu que o sulfato de magnésio deve ser a droga de escolha para

este agravo. Destacou também que a fenitoína parece causar mais morbidade materna e neonatal, enquanto que diazepam e fenitoína foram associados com recorrência de crises aumentados em comparação com sulfato de magnésio.

Os resultados obtidos no tratamento anticonvulsivante da eclampsia em 77 mulheres tratadas com sulfato de magnésio ou fenitoína apontou que o sulfato de magnésio mostrou-se mais eficaz que a fenitoína no controle e prevenção da recidiva de convulsões em pacientes com eclampsia, embora sua utilização esteja associada à maior prevalência materna de hemorragia pós-parto e desconforto respiratório neonatal (NETO; BERTINI; TABORDA, 2000). Deste modo, a fenitoína consiste em uma droga alternativa para o tratamento de eclampsia nos casos em que houver contra-indicação ao uso do sulfato de magnésio.

Confirmando a efetividade desse anticonvulsivante investigação feita por Ruano, Alves, Zugaib (2004) afirma que o marco na prevenção e no tratamento das convulsões na eclampsia foi o uso do sulfato de magnésio ($MgSO_4$), que provou ser mais eficiente que os anticonvulsivantes clássicos como a fenitoína e benzodiazepínicos, tanto na interrupção da crise convulsiva como na diminuição de suas recorrências. Dentre os benefícios do $MgSO_4$ destaca-se a boa tolerância tanto materna como fetal.

Ruano, Alves, Zugaib (2004) informa ainda qual o esquema a ser utilizado na gestante com eclampsia (Pritchard ou Zuspan). O primeiro esquema de Pritchard para eclampsia e pré-eclâmpsia grave utilizando dose de ataque de 4 g intravascular associada a 10 g intramuscular, seguida pela dose de manutenção de 5 g intramuscular a cada 4 horas.

O esquema de Zuspan, em 1966, descreveu o esquema endovenoso utilizando 4 g intravascular seguido de 1-2 g/h em bomba de infusão. Sua principal limitação do esquema endovenoso foi à necessidade de equipamentos adequados (bomba de infusão) e de maior treinamento da equipe médica. Já o esquema de Pritchard tinha como as principais complicações a dor e o risco de hematomas e abscessos (RUANO; ALVES; ZUGAIB, 2004).

Mas mesmo com essas desvantagens o esquema de Pritchard é preferido no caso de eclampsia devido: simplicidade de uso; esquema confere níveis séricos maternos mais próximos do terapêutico; o esquema intramuscular permite um transporte mais seguro das pacientes de um centro secundário a outro terciário e/ou quaternário e intoxicação rara, fácil de identificar e tratar com o gluconato de cálcio (RUANO; ALVES; ZUGAIB, 2004)

Observa-se que o esquema que o Manual técnico de Pré-Natal e Puerpério do Ministério da saúde (2005) preconiza para ser realizado na gestante com eclampsia que vai ser transportada

adequadamente até a unidade hospitalar de nível secundário ou terciário é o mesmo esquema do Pritchard.

6 CONCLUSÃO

Diante da necessidade de assegurar um atendimento pré-hospitalar frente à gestante com eclampsia, as principais condutas indicadas consistem na manutenção das vias aéreas livres para reduzir o risco de aspiração; oxigenoterapia por cateter nasal ou máscara de oxigênio úmido; punção de acesso venoso calibroso; administração de anticonvulsivante e anti-hipertensiva e posicionamento da gestante em decúbito lateral esquerdo.

Em relação anticonvulsivante a droga de eleição é o sulfato de magnésio, sendo o esquema de escolha o de Pritchard que consiste em 4g EV e dose de manutenção com o esquema IM (10g de sulfato de magnésio, sendo aplicados 5g em cada nádegas). Esse esquema apresenta como vantagens: a simplicidade de uso; níveis séricos maternos mais próximos do terapêutico; a via intramuscular dispensa o uso de bomba de infusão, fácil de identificar e tratar com o gluconato de cálcio.

Já o anti-hipertensivo de escolha é a hidralazina por não ser considerada maléfica ao feto. Somente é utilizado nitroprussiato de sódio em casos de parto iminente e quando não se consegue fazer o controle pressórico com hidralazina por via venosa. Isso porque nifedipina apresenta efeitos colaterais sérios, como hipotensão severa, com risco tanto materno quanto fetal. Para o transporte pode-se utilizar para controlar a pressão artéria a dosagem de 5-10 mg, EV para hidralazina e 10 mg, VO a nifedipina.

REFERÊNCIAS

BARROS, A.C.S.D. et al. Orientação terapêutica global da eclampsia: resultados da aplicação de um protocolo de tratamento padronizado. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**; v. 2, n. 2, p.73-8, abr. 1991. Disponível: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Acesso em: 10 Nov. 2013.

BARROS, A.C.S.D.; KAHHALE, S.; ZUGAIB, M. Aspectos práticos do tratamento da eclampsia. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**; v. 2, n. 2, p.91-6, abr. 1991. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Acesso em: 10 Nov. 2013].

BERNARDES, A.; RAMOS, B.M.; JÚNIOR, J.B.; et al. Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel: visão dos auxiliares de enfermagem. **Ciência, Cuidado, Saúde**, v. 8, n. 1, p.79-85, Jan/Mar, 2009. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/7778/4412>. Acesso em: 02 Nov. 2013.

BRASIL. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada- manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da saúde. **Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192**. Portaria nº 1864, de 29 de setembro de 2003. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. **Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências**. Portaria nº 2.026, de 24 de agosto de 2011. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. **Urgências e Emergências Maternas: gula para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª de, 2000. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/urgencias%20e%20emergencias.pdf>. Acesso em: 02 Nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Situação da saúde no Brasil - Perfil de Mortalidade do Brasileiro**. Ministério da Saúde, 2003 Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coletiva_saude_061008.pdf. Acesso em: 02 Nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/comites_mortalidade_materna_M.pdf Acesso em: 04 Nov. 2013.

CASTRO, A.M; TRUJILLO, A.M.B. Incidencia y aspectos clínicos relacionados com la eclampsia. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**. 53: 279-290. 2002.

ESCUADERO, C.; CALLE, A. Hierro, oxígeno y desarrollo placentario en la génesis de la preeclampsia: Efectos de la altura en Ecuador. **Revista Médica de Chile** [online]. v.134, n.4, p. 491-498, 2006. ISSN 0034-9887. Doi: 10.4067/S0034-98872006000400014.

FEITOSA, G.S. et al. Emergências hipertensivas. **Revista Brasileira de Terapia intensiva** [online]. 2008, v.20, n.3, p. 305-312 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103507X2008000300014&script=sci_arttext&tlng=en Acesso em: 02 Nov. 2013.

FERNANDES, R.J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da secretaria da saúde do município de Ribeirão Preto-SP**. 2004. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2004. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=16790&indexSearch=ID>. Acesso em: 02 Nov. 2013.

LEW, M.; KLONIS, E. Emergency management of eclampsia and severe pre-eclampsia. *Emergency Medicine*, 2003, p. 361–368.

LOPES, S.L.B; FERNANDES, R.J. Uma breve revisão do atendimento médico hospitalar. *Medicina*. Ribeirão Preto, v. 32, n. 4, p.381-87, 1999. Disponível em: http://www.cobralt.org/artigos/artigo_cientifico_cobralt_9.pdf. Acesso em: 20 Nov. 2013.

MONTENEGRO, C.A.B; REZENDE, J.F. *Obstetrícia fundamental*. 11ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. Cap.18, p.205.

MUNRO, P.T. Management of eclampsia in the accident and emergency department. **Journal of accident & emergency medicine**, 2000, p.7–11

NEME, B.; ALVES, E.A. **Obstetrícia Básica**. In: Neme B, editor. *Doença hipertensiva específica da gestação: eclâmpsia*. 3 ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 284-91.

NETO, J.D.V.; BERTINI, A.M.; TABORDA, W.C. Tratamento da Eclâmpsia: Estudo Comparativo entre o Sulfato de Magnésio e a Fenitoína. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**. [online]. 2000, v.22, n.9, p. 543-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032000000900002&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 20 Nov. 2013.

NOVO, J.L.V.G.; GIANINI, R.J. Mortalidade materna por eclampsia. **Revista Brasileira de Saúde Materno**. Recife, v.10, n.2, p. 209-17 abr. / jun., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n2/a08v10n2.pdf>. Acesso em: 02 Nov. 2013.

RUANO, R., ALVES, E.A.; ZUGAIB, M. Sulfato de magnésio (MgSO₄) no tratamento e prevenção da eclampsia: qual esquema adotar? **Revista da Associação Médica Brasileira**. 2004, v.50, n.3, p. 241-242. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302004000300018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 Nov. 2013.

THE ECLAMPSIA TRIAL COLLABORATIVE GROUP. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. *Lancet*, v.345, n.1455–63, 1995

VALDES, S.G.; ROESSLER, B.E. Recomendaciones para el manejo de las crisis hipertensivas: Documento de Consenso de la Sociedad Chilena de Hipertensión Arterial. **Revista Médica de Chile**. Santiago, v. 130, n. 3, mar. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872002000300013&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 02 Nov. 2013.