

# MORTALIDADE MATERNA POR SÍNDROME *HELLP*: INTERFERÊNCIA DO PERFIL, CONDIÇÕES CLÍNICAS E GINECOLÓGICAS DURANTE A GRAVIDEZ

MATERNAL MORTALITY DUE TO HELLP SYNDROME: PROFILE INTERFERENCE, CLINICAL AND GYNECOLOGICAL CONDITIONS DURING PREGNANCY

MORTALIDAD MATERNA POR SÍNDROME *HELLP*: INTERFERENCIA DEL PERFIL, CONDICIONES CLÍNICAS Y GINECOLÓGICAS DURANTE EL EMBARAZO

PABLO LUIZ SANTOS COUTO\*  
CINOÉLIA LEAL DE SOUZA\*\*  
ANTÔNIO MARCOS TOSOLI GOMES\*\*\*  
DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA\*\*\*\*  
SÉRGIO CORREIA MARQUES\*\*\*\*\*  
ALBA BENEMÉRITA ALVES VILELA\*\*\*\*\*

## RESUMO

Objetivo: Analisar a correlação estabelecida entre perfil, condições clínicas e ginecológicas da gestante e mortalidade materna causada pela síndrome *HELLP* (*Haemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets*).  
Material e Método: Estudo correlacional, transversal e retrospectivo, com 143 prontuários, de 2015 a 2019, de gestantes que evoluíram com diagnóstico da Síndrome *HELLP* procedentes da região do Alto Sertão Produtivo Baiano, interior do Nordeste brasileiro. A coleta de dados ocorreu em fevereiro e junho de 2019. Delineou-se

\*Enfermeiro, Doutorando em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde II, Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde. Jequié, Bahia, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2692-9243> E-mail: [pablocouto0710@yahoo.com.br](mailto:pablocouto0710@yahoo.com.br) Autor correspondente

\*\*Enfermeira, Dra. em Ciências da Saúde, Centro Universitário FG, Colegiado de Enfermagem. Guanambi, Bahia, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0644-6738> E-mail: [cinoelia@gmail.com](mailto:cinoelia@gmail.com)

\*\*\*Enfermeiro, Dr. em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4235-9647> E-mail: [mtosoli@gmail.com](mailto:mtosoli@gmail.com)

\*\*\*\*Enfermeira, Dra. em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual de Santa Cruz, Departamento de Ciências da Saúde. Ilhéus, Bahia, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1798-3758> E-mail: [dejeanebarros@yahoo.com.br](mailto:dejeanebarros@yahoo.com.br)

\*\*\*\*\*Enfermeiro, Dr. em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2597-4875> E-mail: [scmarques2012@gmail.com](mailto:scmarques2012@gmail.com)

\*\*\*\*\*Enfermeira, Dra. em Enfermagem, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde II, Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde. Jequié, Bahia, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1187-0437> E-mail: [albavilela@gmail.com](mailto:albavilela@gmail.com)

uma amostragem intencional, dispensando-se o cálculo amostral, pois o intuito foi incluir todos os prontuários das gestantes que evoluíram para tal síndrome. Utilizaram-se como instrumentos duas *checklists* compostas de questões estruturadas referentes à caracterização das mulheres, dos seus conceitos, do processo gestacional e das condições clínicas maternas. As variáveis foram processadas com o *software Statistical Package for the Social Sciences* versão 22. Fez-se a análise com a frequência simples das variáveis e as correlações com a mortalidade materna foram submetidas ao teste de *Pearson*. Considerou-se a significância *p* menor ou igual a 5% (0,05). Resultados: As condições clínicas da gestação atual que fizeram correlações significativas com a mortalidade materna, decorrente da síndrome, foram: vias de parto ( $p= 0,023$ ), eclampsia ( $p= 0,000$ ), pelo menos dois sintomas de gravidade e complicação ( $p= 0,005$ ), bem como o tempo entre diagnóstico da síndrome e o parto ( $p= 0,015$ ). Conclusão: Apenas quatro variáveis sobre as condições clínicas da gestação atual interferiram na mortalidade materna por síndrome *HELLP*, a exemplo da correlação com o tempo entre diagnóstico e o parto, inédita na literatura científica.

**Palavras-chave:** Síndrome *HELLP*; Saúde Materna; Gravidez de Alto Risco; Mortalidade Materna; Obstetria; Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the correlation between the profile, clinical and gynecological conditions of the pregnant woman and maternal mortality caused by *HELLP* (Haemolysis, Elevated Liver Enzymes and Low Platelets) syndrome. **Material and Method:** Correlational, cross-sectional, and retrospective study based on 143 medical records (from 2015 to 2019) of pregnant women, coming from the Alto Sertão Produtivo Baiano region in Northeast Brazil, who were diagnosed with *HELLP* syndrome. Data collection took place in February and June 2019. Intentional sampling was used, disregarding sample size calculation, as the aim was to include all pregnant women who had developed this syndrome. Two checklists consisting of structured questions referring to the women characterization, their concepts, the gestational process and maternal clinical conditions were used as instruments. The variables were processed using the *Statistical Package for the Social Sciences* version 22 software. Simple frequency analysis of the variables and correlations with maternal mortality were performed using *Pearson's* test. Significance level was considered to be less than or equal to 5% (0.05). **Results:** The clinical conditions of the current pregnancy that showed significant correlations with maternal mortality resulting from the syndrome were: modes of delivery ( $p= 0.023$ ), eclampsia ( $p= 0.000$ ), at least two symptoms of severity and complication ( $p= 0.005$ ), as well as the time between diagnosis of the syndrome and delivery ( $p= 0.015$ ). **Conclusion:** Only four variables on the clinical conditions of the current pregnancy interfered with maternal mortality due to *HELLP* syndrome, following the correlation with the time between diagnosis and delivery, which has not been recorded in scientific literature.

**Key words:** *HELLP* Syndrome; Maternal Health; High-Risk Pregnancy; Maternal Mortality; Obstetrics; Nursing.

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la correlación establecida entre el perfil, condiciones clínicas y ginecológicas de la gestante y mortalidad materna por el síndrome *HELLP* (*Haemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets*). **Material y Método:** Estudio correlacional, transversal y retrospectivo, con 143 historias clínicas (de 2015 a 2019) de gestantes que desarrollaron diagnóstico de *HELLP*, provenientes de la región Alto Sertão Produtivo Baiano (interior del noreste brasileño). La recopilación de datos se realizó en los meses de febrero y junio de 2019. La muestra fue intencional, prescindiendo del cálculo muestral, que incluyó a todas las gestantes que evolucionaron a este síndrome. Se utilizaron dos listas de control compuestas que contenían preguntas estructuradas referentes a la caracterización de la mujer, sus conceptos, el proceso gestacional y las condiciones clínicas maternas. Las variables fueron procesadas mediante el *software Statistical Package for the Social Sciences* versión 22. Se realizaron

análisis de frecuencia simple de las variables y correlaciones con la mortalidad materna mediante la prueba de Pearson. Se consideró significación menor o igual al 5% (0,05). Resultados: Las condiciones clínicas del embarazo actual que presentaron correlaciones significativas con la mortalidad materna derivada del síndrome fueron: modos de parto ( $p= 0,023$ ), eclampsia ( $p= 0,000$ ), al menos dos síntomas de gravedad y complicación ( $p= 0,005$ ), así como el tiempo entre el diagnóstico del síndrome y el parto ( $p= 0,015$ ). Conclusión: Solo cuatro variables sobre las condiciones clínicas del embarazo actual interfirieron en la mortalidad materna por síndrome *HELLP*, siguiendo la correlación con el tiempo entre el diagnóstico y el parto, inédita en la literatura científica.

**Palabras clave:** Síndrome *HELLP*; Salud Maternal; Embarazo de Alto Riesgo; Mortalidad materna; Obstetricia; Enfermería.

Data de recepção: 21/03/2021

Data de aceitação: 21/09/2022

## INTRODUÇÃO

A gestação é um período que inclui mudanças fiso-morfológicas no organismo materno que, na maioria das vezes, evolui de maneira natural e sem intercorrências. No entanto, existe uma quantidade de mulheres que desenvolve agravos ou patologias relacionadas à gravidez<sup>(1)</sup>. Dentre esses agravos, estão as Síndromes Hipertensivas da Gestação (SHG), definidas como uma manifestação clínica e laboratorial decorrente do aumento da pressão arterial, podendo apresentar-se na 20ª semana gestacional e instalar-se em uma das suas formas graves, como a Síndrome *HELLP*, por exemplo<sup>(2)</sup>.

A síndrome *HELLP* (*Haemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets*) é identificada pelas letras iniciais de palavras da língua inglesa referentes à hemólise (He), às enzimas hepáticas (liver) e à plaquetopenia (Lp). Alguns estudos nacionais e internacionais apontam que essa síndrome costuma acometer múltiplas com idades mais avançadas, na perimenopausa, que apresentam hipertensão gestacional quase sempre associada à pré-eclâmpsia grave e eclampsia, além de ser uma forma rara e grave que implica em maior morbidade e mortalidade materna e perinatal em pouco tempo<sup>(3-7)</sup>.

A quantidade de óbito materno por consequência da Síndrome *HELLP* varia de 24% em países subdesenvolvidos a 1,1% em desenvolvidos<sup>(3)</sup>. Este agravo ocorre em média em 24 a 48 h após o parto, sendo que 31% pode ocorrer no pós-parto<sup>(5)</sup>, atinge cerca de 10 a 20% de pacientes com pré-eclâmpsia grave (0,5 a 0,9% de todas as gestações) e causa mortalidade e morbidade significativas de acordo com a gravidade<sup>(4)</sup>. A nível de comparação, esse agravo traz ainda risco de morte entre 0,2 a 0,6% das gestações no Brasil<sup>(3,6)</sup> e, também na Eslováquia,

apontado por um estudo, que menos de 1% de todas as mulheres que engravidam morrem por problemas decorrentes da Síndrome *HELLP*<sup>(8)</sup>. Esses dados revelam o caráter letal de uma complicação rara.

Em se tratando da América Latina, a pré-eclâmpsia grave tem afetado de 2 a 8% das gestações, sendo responsável por um quarto das mortes maternas na região, sobretudo com mulheres que evoluem com quadro clínico para as demais síndromes hipertensivas, dentre elas a Síndrome *HELLP*, além de determinar a maioria dos partos pré-maturos na região latino-americana e implicar na causa de morte infantil até o quinto ano de vida<sup>(9)</sup>.

Tanto no Brasil, quanto em outros países em desenvolvimentos da Latino-América, aproximadamente dentre 70% das gestantes que evoluem para Síndrome *HELLP* aparecem nos momentos anteriores ao parto, cerca de 10% são induzidas ao parto prematuro antes da 27ª semana da gestação, por conta do risco de morte materno-fetal; a puérpera pode evoluir nas primeiras 48 pós-parto ou até 7 dias após o parto<sup>(10)</sup>. Nessa perspectiva, devido a Síndrome *HELLP* ser uma complicação grave da gestação, tem-se percebido que os profissionais de saúde possuem pouco conhecimento sobre os seus desdobramentos<sup>(1)</sup>. Por isso é importante discutir sobre esse assunto e conhecer os fatores associados à sua ocorrência, mortalidade e os seus desdobramentos para a saúde da gestante, com o intuito de detectar as manifestações clínicas maternas, assim como prevenção do agravamento e redução dos riscos de morte materno-fetal<sup>(11)</sup>.

É importante detectar a gravidade da Síndrome *HELLP* e suas complicações durante a gestação, para que sejam traçados planos de cuidados. Para tanto, o profissional deve atentar-se ao quadro

da paciente, assim como levantar e interpretar indicadores que revelarão os desdobramentos clínicos da síndrome nas gestantes<sup>(1)</sup>. Para isso, urge que os profissionais de saúde envolvidos no atendimento e cuidado, anatem todos os registros, ou seja, todas as informações condizentes para implementar os cuidados à gestante que evoluiu para a *HELLP*<sup>(12, 13)</sup>.

Os registros da assistência, desde os dados socio-demográficos e características de vida e de saúde, bem como aqueles do acompanhamento pré-natal e situação atual da paciente, incluído os aspectos gineco-obstétricos e do parto, auxiliam na proteção dos direitos paciente e dos profissionais em situações judiciais ou administrativas, mas sobretudo para a implementação de um cuidado qualificado e congruente às demandas<sup>(13, 14)</sup>.

Portanto, esse estudo justifica-se pela importância de ampliar o conhecimento, visto que são poucos artigos que têm sido publicados sobre essa síndrome, havendo uma lacuna teórica, sobretudo nos últimos 5 anos no Brasil<sup>(1, 7)</sup>. Assim, possibilitará a difusão do conhecimento e a melhoria na assistência às gestantes que desenvolvem tal toxemia gravídica, a partir da identificação de indicadores e dados sócio-demográficas, condições de vida, implicações e complicações maternas que são registradas nos prontuários as quais podem potencializar a mortalidade materna. Outrossim, questionou-se: quais as correlações estabelecidas entre as condições perfil, condições clínicas e ginecológicas da gestante e a mortalidade materna ocasionada pela Síndrome *HELLP*? Para responder a tal questionamento, adotou-se o objetivo de analisar a correlação estabelecida entre condições perfil, condições clínicas e ginecológicas da gestante e mortalidade materna causada pela Síndrome *HELLP*.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo correlacional, de corte transversal e retrospectivo. A pesquisa foi realizada em um Hospital Geral do Estado, na microrregião de Guanambi-Ba, referência para as cidades do Alto Sertão Produtivo Baiano, interior do Brasil. O Hospital tem implantado uma maternidade com alojamento conjunto para gestantes e neonatos, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, uma Unidade de Terapia Intensiva e uma Unidade de Tera-

pia Intensiva Neonatal, além do berçário de alto risco. A microrregião de Guanambi-BA, cenário do estudo, sede do Alto Sertão Produtivo Baiano, tem uma abrangência de 19 municípios, com pouco mais de 400.000 habitantes<sup>(15)</sup>. O Hospital foi escolhido, por ser o principal dessa região com desigualdades sociais marcantes no Brasil. Salienta-se a Universidade, cujo projeto é vinculado, localiza-se na região suprarreferida.

Foram utilizados todos os prontuários das parturientes que deram entrada no Hospital Geral de Guanambi apresentando quadro de Síndrome *HELLP*. Ressalta-se que há uma média de 450 atendimentos obstétricos por mês no serviço hospitalar em questão, com gestantes/parturientes, a termo, pré ou pós termo, com ou sem qualquer tipo de complicação, oriundas de todas as cidades que compõe o Alto Sertão Produtivo Baiano.

Delinhou-se uma amostra intencional e não probabilística, uma vez que a pretensão foi a realização da análise de todo os casos nos últimos 5 anos anteriores a coleta (de 2015 a 2019). Esse recorte temporal foi delimitado pela própria Direção do Hospital e indicado pela Comissão de Ensino e Pesquisa do referido Hospital, visto que os prontuários dos anos anteriores a 2015 não estavam disponíveis para consulta por estarem passando pelo processo de informatização. Essa condição teve que ser acatada pela coordenação e equipe de pesquisa do projeto que ancorou esse presente artigo, para que fosse liberada a coleta de dados nos prontuários. Salienta-se, que dispensou-se o recurso de cálculo amostral, visto que a síndrome é rara e são poucas mulheres acometidas, além disso os pesquisadores decidiram por utilizar todos os prontuários disponibilizados pela instituição.

Os critérios de inclusão foram: todos os casos da Síndrome *HELLP* que ocorreram nos anos de 2015 a maio de 2019 (o mês de junho não foi contabilizado, pois o hospital não disponibilizou os dados do mês em questão) e que continha pelo menos 70% das informações registradas pertinentes ao estudo. Já os critérios de exclusão foram os prontuários que estiveram danificados e incompletos e cujas letras estavam ilegíveis. Dessa forma, foram excluídos apenas 5 prontuários dos 148 incluídos inicialmente, por não ter os dados clínicos completos da paciente (abaixo de 70%), além de estar danificado, sendo verificados ao final 143. Deve ser mencionado que em alguns prontuários houve falha/falta de registros

pertinentes às condições das gestantes/parturientes que compuseram os prontuários incluídos na amostra, por isso os autores determinaram aleatoriamente, que os prontuários que tivesse pelo menos 70% dos registros preenchidos e legíveis.

Foram utilizados dois formulários (no formato de *checklist*), elaborados pelos pesquisadores envolvidos no estudo. Os *checklists* eram compostos de questões estruturadas referentes à caracterização das mulheres, dos seus conceitos, a variável dependente e variáveis independentes a serem levantadas sobre as condições e implicações de saúde e vitalidade materno e fetais durante o pré-natal, pré-parto, parto e puerpério imediato.

Para esse estudo, a mortalidade materna foi adotada como variável dependente. Já as variáveis maternas independentes adotadas foram: dados sóciodemográficos (Tabela 1), variáveis ginecológicas (menarca, idade sexarca, número de parceiros (as) sexuais, idade da primeira, gestação, número de gestações, histórico obstétrico, idade gestacional, abortos, amamentação, histórico de infecções sexualmente transmissíveis), hábitos de vida (uso de métodos anticoncepcionais, uso de preservativo, ingestão de bebidas alcoólicas, uso de tabaco, uso de drogas ilícitas e prática de atividade física) e condições clínicas da gestação atual (paridade, idade gestacional em semanas no diagnóstico, tempo entre o diagnóstico e o parto, sintomas de gravidade, presença de sintomas de gravidade, vias de parto, complicações maternas durante a internação, coagulação intravascular disseminada, edema agudo de pulmão, descolamento prematuro de placenta, iminência de eclampsia, eclampsia e exames laboratoriais).

Destaca-se que a via de parto e a realização de exames laboratoriais, constituíram-se também de variáveis de confundimento: a via de parto cesariana mesmo interferindo na mortalidade materna, ela deve ser adotada entre a 29<sup>a</sup> e a 32<sup>a</sup> semanas gestacionais; quanto a questão da realização dos exames laboratoriais, estes tiveram um percentual alto de realização, todavia, são necessários para revelar condições fisiopatológicas da gestante e do feto, orientar condutas, sem garantir de fato se haverá mortalidade materna ou não.

A coleta de dados aconteceu entre fevereiro e junho de 2019, sendo preenchidos pelo coordenador do projeto e mais cinco monitores (previamente treinados), em uma sala reservada do

almoxarifado do Hospital em questão. Os dados foram organizados no *software Microsoft Excel 2016*, diariamente na medida em que a coleta diária era finalizada.

A análise dos dados ocorreu através do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 22, utilizando a técnica de análise univariada para avaliar a frequência e a distribuição dos resultados, e posteriormente procedeu-se a análise bivariada com o teste do qui-quadrado de *Pearson*, sendo adotado um valor de *p* igual ou menor do que 0,05 (5%) para significância estatística.

A pesquisa obedeceu aos princípios éticos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Superior de Guanambi, parecer n. 3.111.059/2019, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 02759918.7.0000.8068. Levou-se em consideração os princípios do sigilo, respeito à dignidade humana e autonomia, mesmo a coleta ocorrendo mediante informações nos prontuários.

## RESULTADOS

A partir da análise dos dados em relação à caracterização geral das gestantes do estudo, reveladas nos 143 prontuários incluídos (Tabela 1), os resultados apontaram que sociodemograficamente a maioria tinha idade entre 31 a 45 anos (67,8%), eram casadas/união estável (80,4%), com nível médio de escolaridade (57,4%), renda individual < 1 salário mínimo (47,5), raça/cor parda (50,3%), da religião católica (72,8%) e trabalhavam em sua maioria em zona rural (44%).

Sobre as características ginecológicas das participantes do estudo (Tabela 2), a maioria apresentou menarca entre 10 e 13 anos (64,3%), com idade de sexarca menor que 15 anos (33,6%) e com 1 a 3 parceiros (as) sexuais (30,1%). A idade da primeira gestação foi entre aquelas de 16 a 20 anos (51,1%); a primeira gestação da maioria foi entre 16 a 20 anos de idade (54,5%), além de apresentarem um maior percentual entre aquelas que tiveram 2 filhos (44,8%). Cerca de 85,2% não passaram por abortos e destaca-se também que 71,1% já amamentara e 92,1% não tinha histórico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Em relação aos hábitos de vida (Tabela 3), percebe-se que a maior parte revelou não fazer uso de métodos anticoncepcionais no período da gestação (52,9%), às vezes utilizaram o preservativo (41,5%) durante as relações, o 69,4 não fizeram uso de bebidas alcoólicas, 75,4% nunca fumaram e 85,4% não fizeram uso de drogas ilícitas. Quanto à prática de atividade física, 46,1% não realizam.

Segundo a gestação atual e as complicações da gestação (Tabela 4), foi notado que a maioria das gestantes eram secungestas (50,4%), com idade gestacional para o diagnóstico da síndrome de 20 semanas (36,4%). Quanto ao tempo entre o diagnóstico e o parto, a maioria foi acima de 16 semanas (39,9%). Acerca da presença dos sintomas de gravidade, evidenciou-se que 56,8% tiveram pelo menos dois sintomas e a via de parto

predominante, adotada pelos obstetras, foi a cesariana (72,7%). Dentre aquelas gestantes que apresentaram complicações durante o internamento ou que tiveram o registro anotado, foi a ruptura hepática (68,3%), além das gestantes que tiveram plaquetopenia e mais duas alterações nos valores de coagulação intravascular (43,3%). Destaca-se que 86,6% não apresentaram edema agudo de pulmão e nas demais implicações maternas evidencia-se que 64,9% não tiveram descolamento prematuro de placenta; a maioria (58,9%) apresentaram quadro de iminência de eclampsia, 69,4% não tiveram eclampsia (69,4%) e 81% não evoluíram com óbito. Chama-se atenção ao fato de que todos os exames foram realizados em 69,4% das mulheres, cujos registros apresentaram-se completos nos prontuários.

**Tabela 1.** Variáveis sócio-demográficas das parturientes com Síndrome HELLP, Hospital Geral de Guanambi, Guanambi-Ba, Brasil, período 2015-2019 (n=143).

Variáveis	Fr	%	
Idade	18 a 30 anos	46	32,2
	31 a 45 anos	97	67,8
Estado civil	Casada/ em união estável	115	80,4
	Solteira	28	19,6
Escolaridade	Analfabeta	9	6,2
	Fundamental	34	23,8
	Médio	82	57,4
	Superior	18	12,6
Renda individual (salário mínimo)	< 1 salário mínimo	68	47,5
	1 a 3 salários mínimos	64	42,7
	+ de 6 salários mínimos	11	9,8
Raça/Cor	Branca	26	18,2
	Parda	72	50,3
	Preta	37	25,9
	Amarela	4	2,8
	Indígena	4	2,8
Religião	Católica	104	72,8
	Evangélica	28	19,6
	Outra	11	7,6
Ocupação	Trabalho remunerado	31	21,7
	Do lar	49	34,3
	Trabalho Rural	63	44,0

**Tabela 2.** Variáveis Ginecológicas das parturientes com Síndrome HELLIP, Hospital Geral de Guanambi, Guanambi-Ba, Brasil, período 2015-2019 (n=143).

Variáveis	Fr	%	
Menarca	Antes dos 10 anos	0	0,0
	10 a 13 anos	92	64,3
	Maior que 13 anos	34	23,8
	Não sabe	17	11,9
	Não há registro	0	0
Idade sexarca	Menor que 15 anos	48	33,6
	16 a 19 anos	44	30,8
	20 a 24 anos	13	9,1
	Maior que 24 anos	11	7,6
	Não sabe	27	18,9
	Não há registro	0	0
Nº de parceiros sexuais	1 a 3	43	30,1
	4 a 6	40	28,0
	Maior que 6	31	21,7
	Não sabe	29	20,2
	Não há registro	0	0
Idade da 1ª gestação	Menos que 16 anos	11	7,7
	16 a 20 anos	73	51,1
	21 a 25 anos	46	32,1
	Maior que 25 anos	13	9,1
	Não há registro	0	0
Nº de gestações	0	7	4,8
	1	48	33,6
	2	64	44,8
	3	9	6,3
	4 ou mais	15	10,5
	Não há registro	0	0
Já fez abortos?	Sim	16	10,8
	Não	92	85,2
	Não há registro	35	24,5
Amamentação dos (as) filhos (as)	Amamentou	71	49,6
	Não amamentou	28	19,6
	Não há registro	44	30,8
Histórico de Infecções Sexualmente Transmissíveis	Sim	8	5,6
	Não	93	65
	Não há registro	42	29,4

**Tabela 3.** Hábitos de vida das parturientes com Síndrome HELLP, Hospital Geral de Guanambi, Guanambi-Ba, Brasil, período 2015-2019 (n=143).

Variáveis		Fr	%
Uso de métodos anticoncepcionais	Sim	9	6,3
	Atualmente não, mas fez uso	64	44,8
	Nunca fez uso	48	33,6
	Não há registro	22	15,3
Uso de preservativo	Sempre	8	5,6
	Com frequência	21	14,7
	Às vezes	53	37,1
	Raramente	20	14,0
	Nunca	26	18,2
	Não há registro	15	10,4
Bebidas alcoólicas	Faz uso	6	4,2
	Não faz uso, mas já fez uso	28	19,6
	Nunca fez uso	77	53,9
	Não há registro	32	22,3
Tabaco	Faz uso	5	3,5
	Não faz uso, mas já fez uso	23	16,1
	Nunca fez uso	86	60,1
	Não há registro	29	20,3
Uso de drogas ilícitas	Já fez uso	4	2,8
	Não faz uso, mas já fez uso.	9	6,3
	Nunca fez uso	76	53,1
	Não há registro	54	37,8
Prática de atividade física	Sim	17	11,9
	Não	32	22,4
	Às vezes	42	29,4
	Não há registro	52	36,3

**Tabela 4.** Gestação atual e as complicações da gestação das parturientes com Síndrome HELLP, Hospital Geral de Guanambi, Guanambi-Ba, Brasil, período 2015-2019 (n=143).

Variáveis		Fr	%
Paridade	Primigesta	52	36,4
	Secungesta	72	50,4
	Multigesta	19	13,2
	Não há registro	0	0,0
Idade gestacional em semanas no diagnóstico	Antes de 20 semanas	8	5,6
	20 semanas	52	36,4
	21 e 22 semanas	36	25,2
	Acima de 22 semanas	47	32,8
	Não há registro	0	0,0

Continuação da Tabela 4

Variáveis		Fr	%
Tempo entre o diagnóstico e o parto	Anterior a 11 semanas	5	3,5
	11 a 13 semanas	33	23,1
	14 a 16 semanas	48	33,6
	Acima de 16 semanas	57	39,9
	Não há registro	0	0,0
Presença de sintomas de gravidade	Apenas 1 sintoma	36	25,2
	Dois sintomas	79	55,2
	Todos os sintomas	24	16,8
	Não há registro	4	2,8
Via de parto	Vaginal	39	27,3
	Cesariano	104	72,7
	Não há registro	0	0,0
Complicações maternas durante a internação	Hematoma capsular hepático	13	9,1
	Ruptura hepática	28	19,6
	Não há registro	102	71,3
Coagulação intravascular disseminada	Apenas plaquetopenia	16	11,2
	Plaquetopenia e mais duas alterações nos valores de coagulação intravascular	29	20,3
	Alteração em todos os valores de coagulação intravascular	22	15,4
	Não há registro	76	53,1
Edema Agudo de Pulmão	Sim	9	6,3
	Não	58	40,6
	Não há registro	76	53,1
Descolamento prematuro de placenta	Sim	39	27,3
	Não	72	50,3
	Não há registro	32	22,4
Iminência de eclampsia	Sim	76	53,1
	Não	53	37,1
	Não há registro	14	9,8
Eclampsia	Sim	37	25,9
	Não	84	58,7
	Não há registro	22	15,4
Mortalidade Materna	Sim	23	16,1
	Não	98	68,5
	Não há registro	22	15,4
Exames Laboratoriais	Não solicitou nenhum exame	0	0,0
	Apenas hemograma e proteinúria de 24 h	37	25,9
	Apresenta todos os exames	84	58,8
	Não há registro	22	15,3

No modelo final de avaliação (Tabela 5), obteve-se significância estatística ( $p < \text{ou} = 0,05$ ) a relação entre as algumas das variáveis da gestação atual com a mortalidade materna. No entanto, dados sócio-demográficos, variáveis ginecológicas e hábitos de vida não obtiveram nenhuma correlação significativa, por isso não estão presentes na tabela. Dentre as variáveis da gestação atual e condições da gestação, apenas vias de parto ( $p = 0,023$ ), a presença de eclampsia ( $p = 0,000$ ), presença de sintomas de gravidade ( $p = 0,005$ ) e tempo entre o diagnóstico e o parto ( $p = 0,015$ ), apresentaram correlações significantes.

Podemos então dizer que segundo a via de parto, a maior taxa de partos cesarianos contribuiu para a mortalidade materna, na medida em que a Eclampsia tornou-se presente nas mulheres que evoluíram com Síndrome *HELLP* (46,6%), a mortalidade materna é ocorrente; quanto mais há a evidência dos sintomas de gravidade, seja com dois sintomas (10,1%) ou todos os sintomas (41,5%), aumenta-se a possibilidade de mortalidade materna pela *HELLP*; por fim, quanto maior o tempo entre o diagnóstico e o parto de 14 a 16 semanas (18,8%) ou mais que 16 semanas (15,8%), eleva-se o risco de morte por consequência da toxemia.

**Tabela 5.** Correlação entre as variáveis da gestação atual e mortalidade materna. Hospital Geral de Guanambi, Guanambi-Ba, Brasil, período 2015-2019 (n=143).

Variáveis		Mortalidade Materna				Valor de $p^*$
		Sim		Não		
		fr	%	fr	%	
Vias de parto	Vaginal	2	5,1	37	94,9	0,023
	Cesariano	21	20,2	83	79,8	
Eclampsia	Sim	14	46,6	16	53,4	
	Não	0	0	84	100	
Presença de sintomas de gravidade	Apenas 1 sintoma	5	13,9	31	86,1	0,005
	Dois sintomas	8	10,1	71	89,9	
	Todos os sintomas	10	41,7	14	58,3	
Tempo entre o diagnóstico o parto	Anterior a 11 semanas	0	0	5	100	0,015
	11 a 13 semanas	5	15,1	28	84,9	
	14 a 16 semanas	9	18,8	39	81,2	
	Acima de 16 semanas	9	15,8	48	84,2	

\* $p$  corresponde ao valor da correlação de Pearson.

## DISCUSSÃO

Apesar de ter buscado a relação da mortalidade materna por Síndrome *HELLP* com dados sócio-demográficos, variáveis ginecológicas e hábitos de vida, não obteve-se correlações significativas, porém outras pesquisas encontraram esse desfecho, sendo essas variáveis importantes para pesquisa dessa casuística<sup>(3, 4, 8, 14, 16)</sup>. Houve correlação significativas da mortalidade materna com a via de parto, presença de eclampsia, dois ou mais sintomas

de gravidade e tempo entre o diagnóstico e o parto, sendo a correlação com essa última variável inédita. Quanto a escolha do mínimo de 70% das informações contidas nos prontuários incluídos no presente estudo, foi assertiva, pois corrobora com a tendência de adotar 70% em resultados publicados de pesquisas anteriores<sup>(10, 17)</sup>.

Todavia deve-se ponderar que os registros incompletos fizeram com que houvesse ausência de informações em alguns prontuários, incidindo na falta de informações, o que, consequentemente

pode ter interferido em algumas correlações que não tiveram resultados estatisticamente significantes e, também na delimitação das necessidades (logo, dos diagnósticos de enfermagem) e plano de cuidado para pacientes graves, como a gestante. Em pesquisa desenvolvida no Norte do Paraná, publicado em 2018 evidenciou que as glosas e falta de atenção profissional, bem como a ineficácia das orientações repassadas pelos serviços de auditoria, refletem na ausência de registros de algumas informações necessárias para se obter o perfil de saúde do paciente<sup>(13)</sup>.

Nesse presente estudo, feito no Alto Sertão Produtivo Baiano houve inexistência de algumas informações, sobretudo de dados pessoais, exames laboratoriais mais específicos e algumas condições clínicas das gestantes, o que poderia contribuir mais correlações com a mortalidade materna. Tais informações corroboram com os resultados de uma pesquisa que ocorreu em um Hospital de Maracaibo, na Venezuela, entre 2011 a 2015, já que fora pontuado que a falta de informações interferiu na clareza de alguns diagnósticos clínicos<sup>(14)</sup>.

Há uma convergência na literatura, tanto nacional quanto internacional, de que a maioria das mulheres de meia idade, quando entram no período de climatério, tem maior possibilidade de desenvolver a *HELLP*<sup>(3, 4)</sup>, corroborando com o presente estudo, em que a maioria que evoluiu para *HELLP* tinha idade de 31 a 45 anos, faixa etária que inclui o período de climatério (acima de 35 anos). Contudo em outra literatura diz que a maioria das mulheres com Síndrome *HELLP* foi composta pela idade de 26 anos acima, também incluindo a fase que antecede a menopausa<sup>(16)</sup>. Essa falta de compatibilidade na literatura sobre a idade da gestante, ao evoluir para Síndrome pode estar relacionado, às questões culturais, hábitos alimentares e condições de vida e saúde<sup>(14, 16)</sup>.

Essas informações também vão ao encontro das informações levantadas nos prontuários das gestantes aqui estudadas e se coadunam com os resultados apresentados no estudo desenvolvido no Piauí, com gestantes que apresentaram *HELLP*<sup>(16)</sup>. Outros indicadores sócio-demográficos, também são importantes marcadores de fatores de risco para complicações na gestação, como a renda familiar inadequada, baixo nível de escolaridade, relacionamento conjugal inseguro, e extremos de idade materna (menor que 15 anos e maior que 35)

<sup>(3, 14)</sup>, mas no presente estudo não obteve nenhuma variável significativa para síndrome de *HELLP*.

Possivelmente, as variáveis sócio-demográficas não apresentou correlações, logo, não se mostrou enquanto marcador de fator de risco para evolução da Síndrome *HELLP*. Mais uma vez, vê-se o quanto a falta de informações completas nos prontuários<sup>(13)</sup>, podem interferir na correlações estabelecidas com a mortalidade materna, pois estudos anteriores demonstrou que houve relação de causa e efeito<sup>(3, 5, 6, 16)</sup>.

As variáveis obstétricas e ginecológicas são importantes marcadores para a detecção de fatores de risco para as síndromes hipertensivas da gravidez, de um modo geral, visto que a *HELLP* é a forma complicada<sup>(18)</sup>. As primigestas e secungestas, maioria nos prontuários levantados aqui, corrobora com as evidências de um grupo de gestantes de outro estudo desenvolvido no Piauí-Brasil<sup>(19)</sup>, bem como com os resultados da pesquisa desenvolvida na Eslováquia, que apontou acerca da nuliparidade (66,4%) e secungestas/múltiparas tardias (58,06%), terem risco aumentado para o agravamento da pré-eclâmpsia e da Síndrome *HELLP*<sup>(8)</sup>. Nesse sentido, as comparações corroboram com as evidências aqui apresentadas, no que tange as primigestas e secungestas, reforçando que tal variável se confirma como um fator de risco importante para o desenvolvimento de tal síndrome, possivelmente pela resistência das artérias espiraladas uterinas em mulheres que nunca parariam ou tiveram um parto apenas<sup>(12, 14)</sup>.

Estudo desenvolvido na Venezuela aponta que sexarca e menarca precoces consistem em fatores de risco para o desenvolvimento da toxemia<sup>(14)</sup>, apontando consistência estatísticas dos resultados desse presente estudo, com o registro do primeiro ciclo menstrual entre 10 a 13 anos de idade e do início da atividade sexual antes dos 19 anos, sobretudo entre as menores de 15 anos de idade. Outra vez, as evidências científicas têm consolidado tal correlação com o surgimento da *HELLP*, não apenas pelo fato, de mulheres menores de 19 anos, estarem ainda em desenvolvimento anatômico e fisiológico dos órgãos reprodutivos feminino, mas sobretudo, pelo desenvolvimento das artérias espiraladas do útero<sup>(12, 14)</sup>.

Destaca-se que, ainda que nesse presente artigo os resultados não demonstraram correlação significativa entre o uso de anticoncepcionais

hormonais orais (ACHO) e a mortalidade materna por síndrome *HELLP*, a maioria das mulheres de sertão produtivo baiano incluídas, já utilizou anticoncepcionais hormonais orais, o que pode intensificar os fatores de risco para doenças cardiovasculares, conseqüentemente a pré-eclâmpsia e a Síndrome *HELLP*, conforme evidências de pesquisas realizadas anteriormente<sup>(1, 12, 16, 18, 19)</sup>. Possivelmente tal síndrome se desenvolve, em decorrência do estrogênio exógeno (está presente nos ACHO), dentro do organismo materno, provocar um aumento da pressão sistólica e diastólica correspondente à retenção de água e sódio, especialmente em mulheres hipertensas<sup>(16, 19)</sup>.

No que tange os demais hábitos de vida, os prontuários, ainda que não possuíssem registros referentes à todas as gestantes, naqueles completos, notaram-se que grande parte não fazia uso de tabaco, álcool ou drogas ilícitas, entretanto, a não realização de atividades físicas indica sedentarismo. Sabendo-se que a adoção de hábitos saudáveis de vida é essencial para a redução dos riscos para doenças cardiovasculares, como as SHG e as suas complicações, como a *HELLP*<sup>(14)</sup>, profissionais de saúde, como as enfermeiras, devem responsabilizar-se por preencher adequadamente os prontuários da pacientes, com todas as informações. É importante pontuar que a falta de informações nos prontuários (seja por falta de conhecimento profissional, ou pela preguiça em preencher completamente os formulários presentes no prontuário), pode levar ao diagnóstico clínico equivocado, assim como a construção de diagnósticos de enfermagem inadequados às condições específicas de cada gestante e, também, interferir no planejamento dos cuidados a serem implementados<sup>(13, 14)</sup>.

Nesse estudo, a maioria das gestantes apresentava dois sintomas de gravidade da Síndrome *HELLP*, como cefaleia, escotoma, epigastralgia, náuseas e vômitos, além de paralisias parciais em uma parte do corpo. A *HELLP* se manifesta a partir da 20ª semana de gestação, quando a paciente apresenta as manifestações clínicas da pré-eclâmpsia grave além de dois ou mais sintomas supracitados<sup>(20)</sup>. A cefaleia, sintoma comum a essa toxemia, que evolui para uma encefalopatia reversível, foi relatado em um caso clínico descrito por médicos de Hospital Universitário Internacional do Japão<sup>(21)</sup>. Em outros estudos a cefaleia seguido de náuseas e a êmese, além da epigastralgia ou a dor no quadrante superior

direito (QSD) do abdômen em gestantes, compõe indícios clínicos que devem ser investigados com associação direta com a Síndrome *HELLP*<sup>(14, 19, 22)</sup>.

Dentre as correlações estatisticamente significantes apresentadas aqui, entre a mortalidade decorrente da Síndrome *HELLP* e as variáveis maternas, foram encontrados resultados semelhantes à outras pesquisas, tanto no Brasil quanto em outros países: complicações associadas a eclampsia, a pelo menos dois sintomas de gravidade e o tempo entre diagnóstico e parto<sup>(14, 16, 18, 23)</sup>. Os sintomas de gravidade indicam o avanço das complicações da síndrome para manutenção da higez gravídica (ou seja, gestação saudável e sem intercorrências), assim como para a vitalidade fetal. Por sua vez, o tempo entre o diagnóstico da Síndrome *HELLP* e o parto é determinante para a tomada de decisão clínica do obstetra, quanto para estabilização do quadro clínico, interrupção da gestação e manutenção da vida do binômio puerpera-neonato, como foi apontado em resultados de estudo desenvolvido na Bolívia<sup>(24)</sup>.

O parto cesariano foi predominante para as participantes desta pesquisa, seguindo a tendência de conduta adotada por obstetras e, evidenciada na literatura mundial<sup>(8, 16, 19, 20)</sup>. No entanto, alguns cientistas apontam que não há consenso no parto adequado à gestante com a *HELLP*, em virtude da necessidade de estabilização do quadro clínico, controle hemodinâmico da mulher e da vitalidade fetal. Assim, a cesariana faz-se necessária apenas nos casos de interrupção urgente da gravidez e, conseqüentemente do uso da anestesia geral, quando há coagulopatias severas e disfunção grave de múltiplos órgãos. Isso porquê há o risco aumentado para hemorragias e aumento da mortalidade, por exemplo, sendo indicado, portanto, o parto vaginal<sup>(8, 20, 22)</sup>.

As complicações associadas ao agravamento da eclampsia podem estar relacionadas às dificuldades de profissionais em implementar o tratamento ou em iniciar a terapêutica medicamentosa, estrutura do serviço inadequada, dificuldade em proceder com a referência para os centros especializados, sem citar as falhas nos registros e anotações nos prontuários<sup>(1, 3, 16)</sup>.

A iminência de eclampsia e eclampsia são fortes indicadores de complicação para a Síndrome *HELLP* e, conseqüentemente, para a mortalidade materna. Ainda que tenha havido 23 óbitos, a crise

convulsiva foi determinante, uma vez que causa outras complicações, como o hematoma subcapsular hepático, aumento das enzimas hepáticas e a insuficiência renal aguda<sup>(20, 25)</sup>. Além disso, mulheres com a Síndrome *HELLP* tem alta incidência de acidentes vasculares encefálicos, doenças cardíacas, rotura placentária, necessidade de transfusão de sangue e infecções<sup>(20)</sup>. Resultados de uma pesquisa feita em Toulouse-França, evidenciou a disfunção renal grave como a principal complicação em 81,8% dos casos, associada ao aumento dos níveis pressóricos não controlados<sup>(17)</sup>.

Na medida que há piora do quadro clínico da paciente, os sintomas de gravidade da *HELLP* supracitados tangenciam-se aos da pré-eclâmpsia grave (além da elevação pressão arterial, proteinúria grave, débito urinário reduzido, edema generalizado, incluindo o edema agudo de pulmão), favorecendo a mortalidade, justamente pela dificuldade no controle de tais manifestações<sup>(5, 22, 26)</sup>. Chama-se atenção para a relação direta entre a alteração do débito cardíaco com evolução para pré-eclâmpsia e a complicação a partir do segundo trimestre para as disfunções hepáticas, em decorrência do aumento no fluxo venoso portal e o fluxo hepático total, respectivamente, em 150 a 160%. Por isso, é importante a ponderação e monitoramento da circulação hepática durante a gestação para a prevenção da *HELLP*, em decorrência das alterações vasculares<sup>(27)</sup>.

Em estudo sobre o diagnóstico e manejo da *HELLP*, desenvolvido em parceria com Universidade dos Estados Unidos e da Suíça, mostrou que a presença de sintomas que emergem com a agravamento da síndrome, tendem a tornar o tratamento difícil, ocasionando a mortalidade materna, principalmente aqueles relacionados às disfunções hepáticas como dor epigástrica intensa, distensão abdominal e escotomas, com evolução para o choque, percebida na taquicardia intensa e hipotensão severa<sup>(20)</sup>.

Outra pesquisa mostrou que a Síndrome *HELLP* tem origem no desenvolvimento placentário anormal, ocorrendo a lesão endotelial dos vasos hepáticos na qual ativa, agrega o consumo de plaquetas, resultando em isquemia e morte dos hepatócitos, sendo a principal hipótese para explicar o quadro laboratorial que caracteriza a Síndrome *HELLP*<sup>(23)</sup>. Destaca-se que foram cinco óbitos registrados e os cinco com evidência de hematoma

hepático e ruptura hepática, coadunando com estudo realizado no Chile<sup>(26)</sup>.

Estudo anterior, desenvolvido por pesquisadores de uma Universidade e um Hospital da Índia, apontaram o manejo médico assertivo como determinante para o prognóstico positivo da paciente, desde a análise minuciosa dos exames clínicos-laboratoriais, até a possível necessidade de transplante hepático, conforme a parturiente evolua para o rompimento do hematoma subcapsular hepático e insuficiência hepática<sup>(28)</sup>.

No que tange ao tempo decorrido entre o diagnóstico da Síndrome *HELLP* (após a 20ª semana de gestação, quando há evolução das síndromes hipertensivas) e o parto, não houve evidências na literatura para que fosse possível estabelecer comparações. Entretanto, é sabido que quanto mais a gravidez avança e não se faz a detecção precoce das condições clínicas das gestantes, maior será a chance de complicações, bem como tanto a dificuldade de estabilização do quadro, quanto de implementação de conduta conservadora<sup>(3, 4, 7)</sup>. O que incide na maior probabilidade de ocorrer o parto prematuro, por ter um tempo menor com a descoberta das manifestações clínicas da toxemia<sup>(5)</sup>.

Destarte, para além da identificação dos indicadores e dados referentes as informações relevantes para a prevenção, detecção precoce, levantamento dos fatores de risco e minimização das complicações, a falha dos profissionais em preencher as fichas de anotação dos prontuários implica na obtenção incipiente de dados necessários para estabelecer as correlações com a mortalidade materna por Síndrome *HELLP*. Isso evidencia uma deficiência por parte dos profissionais preenchimento dos prontuários, dessa forma, torna-se difícil levantar indicadores epidemiológicos e traçar medidas e planejamentos de intervenções para observar as associações entre os dados<sup>(13, 29, 30)</sup>, por isso é necessária a devida atenção à história prévia (clínica-obstétrica) da gestante, já que há probabilidade de recorrência nas gravidezes futuras<sup>(26)</sup>.

A Síndrome *HELLP*, pode decorrer da complicação de síndromes hipertensivas da gestação (SHG), sendo elas a pré-eclâmpsia grave e a eclâmpsia<sup>(2)</sup>. Todavia, essa relação de causalidade tem sido questionada no meio científico, pois de 15 a 20% das gestantes que evoluíram para Síndrome *HELLP* não apresentavam hiper-tensão gestacional

e/ou proteinúria<sup>(25, 28)</sup>. Assim, necessita-se a detecção precoce através do rastreio de indicadores importantes e antecipação do diagnóstico ainda na atenção básica e no pré-natal de alto risco, reverberará na prevenção das complicações da *HELLP*<sup>(4, 10, 12)</sup>, fator apontado nas conclusões dos resultados de pesquisa ocorrida em Toulouse, França<sup>(17)</sup>.

Sugere-se, que profissionais de saúde, como enfermeiros e médicos da atenção básica e da rede especializada no alto risco, desenvolvam estratégias de promoção à saúde para prevenção do agravo e detecção precoce. Dentre as ações, destacam-se: ação efetiva e articulada dos serviços de referência e contrarreferência, rastreio e prevenção de comorbidades e fatores de risco familiares, anteriores a gestação, bem como os intrínsecos e extrínsecos; controle dos níveis pressóricos e detecção da hipertensão gestacional; detecção de edemas; se atentar às alterações no exames laboratoriais, sobretudo no que tange ao hemograma e ao sumário de urina, a fim de verificar, respectivamente, a quantidade de células vermelhas e proteinúria (Albuminuria); incentivo à gestante na adoção de hábitos saudáveis de vida, a fim de evitar sobrepeso e obesidade; acompanhamento efetivo da vitalidade fetal; acompanhamento do volume e massa placentária, através dos exames de imagens.

As limitações deste estudo residem no período adotado para coleta de dados, sugerido pela instituição em que os dados foram coletados, uma vez que só havia registros de 2015 a maio de 2019. Além disso, o cenário do estudo, uma região da Bahia-Brasil, foi limitador, visto que é o reflexo de um só contexto, o que dificulta fazer generalizações, já que há diversos estudos publicados sobre síndromes hipertensivas gestacionais, de um modo abrangente, contudo, poucos resultados específicos para a Síndrome *HELLP* (a nível regional, Brasil, América Latina e Mundo). Outro fator limitante foi a falha nas anotações de informações básicas na anamnese e admissão das pacientes, possivelmente pela falta de esclarecimento sobre a importância de todas as informações serem preenchidas e/ou pelas fichas não terem objetividade quanto ao registro dos prontuários em arquivo, como indica outros estudos<sup>(19, 24, 30)</sup>. Ainda assim, para que fosse possível incluir o maior número possível de prontuários, seguiu-se o parâmetro de 70% de estudos anteriores.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que as variáveis maternas da gestação atual (vias de parto, eclampsia, sintomas de agravamento e o tempo entre o diagnóstico e o parto) fizeram as correlações estatisticamente significantes com a mortalidade materna, fazendo da correlação estabelecida com a última variável, incomum nos diversos estudos. Além disso, os dados referentes a vida das gestantes, como hábitos de vida e sociodemográficos não estabeleceram correlações significantes, todavia são importantes, pois auxiliam na verificação dos fatores de riscos e complicações da Síndrome *HELLP*, que também interferirão no agravamento dessa toxemia.

Sugere-se que, para implementação da assistência pelos profissionais de saúde, como os da enfermagem, sejam criados instrumentos objetivos e de fácil/rápido preenchimento, que possibilite obter o maior número de informações, a fim de otimizar o tempo de atendimento e de implementação das condutas adequadas às pacientes que apresentarem síndromes hipertensivas agravadas como a *HELLP*. Devem ser criados espaços adequados e seguros para registros e arquivamentos dos prontuários, para que não se percam os dados importantes. Por fim, os líderes de setor e das equipes desenvolvam ações de educação continuada para conscientização dos profissionais, quanto a necessidade do preenchimento das fichas adequadamente e sejam esclarecidas a importância do registro de todas as informações.

**Financiamento:** Próprio.

**Conflitos de interesse:** Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## REFERÊNCIAS

1. Couto PLSC, Paiva MS, Chaves VM, Vilela ABA, Santos NR, Pereira SSC et al. Conhecimento de enfermeiros da atenção básica na detecção precoce da Síndrome *HELLP*. Rev Saúde (Sta. Maria) [Internet]. 2020 [citado 2020 sep 12]; 46(1): 1-15. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/39353/pdf>
2. Mancini A, Ardissino G, Angelini P, Giancaspro V, La Raia E, Nisi M, et al. HELLP syndrome and hemolytic uremic syndrome during pregnancy: two disease entities, same causation. Case report and literature review. G Ital Nefrol [Internet]. 2019

- [citado 2020 sep 12]; 36(2):90. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30983177/>.
3. Nery IS, Viana LS, Viana LMM, Araújo TME, Feitosa VC, Pereira VF. Epidemiological and obstetric profile of pregnant women with hellp syndrome. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2020 sep 12]; 19(1): 147-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i1.35973>
  4. Mao M, Chen C. Corticosteroid therapy for management of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count (HELLP) syndrome: a meta-analysis. *Med Sci Monit* [Internet]. 2015 [citado 2020 sep 12]; 21: 3777-83. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.12659/msm.895220>
  5. Vogin G, Golfier F, Hajri T, Leroux A, Weber B. A HELLP syndrome complicates a gestational trophoblastic neoplasia in a perimenopausal woman: a case report. *BMC cancer* [Internet]. 2016 [citado 2020 sep 12]; 16(573): 1-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12885-016-2641-2>
  6. Arigita LM, Martínez FGS. Síndrome *HELLP*: controversias y pronóstico. *Hipertens Riesgo Vasc* [Internet]. 2020 [citado 2020 sep 12]; 37(4): 147-151. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2020.07.002>
  7. Vanelliv CM, Camargo IT, Ribas JLC. Síndrome *HELLP*: fisiopatologia e acompanhamento laboratorial. *Rev Saúde Desenv* [Internet]. 2017 [citado 2020 sep 12]; 11(6): 242-57. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/611/373>
  8. Dugatova M, Kristufkova A, Nemethova B, Danis J, Borovsky M. Active surveillance of incidence and risk factors of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets syndrome in Slovakia. *Bratisl Med J* [Internet]. 2018 [citado 2020 sep 12]; 119(12): 785-89. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.4149/BLL\\_2018\\_143](http://dx.doi.org/10.4149/BLL_2018_143)
  9. Guida JPS, Andrade BJ, Pissinatti LGF, Rodrigues BF, Hartman CA, Costa ML. Prevalence of Preeclampsia in Brazil: An Integrative Review. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2022 [citado 2022 sep 14]; 44(7): 686-691. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1742680>
  10. Lastra MA, Fernández GSM. Síndrome *HELLP*: controversias y pronóstico. *Hipertens Riesgo Vasc* [Internet]. 2020 [citado 2022 sep 14]; 37(4): 147-151. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2020.07.002>
  11. Ghelfi AM, Garavelli F, Passarino FA, Diodati S, Calcaterra MG, Hails EA, et al. HELLP Syndrome: clinical-analytical characteristics and evolution observed in two years of experience. *Hipertens Riesgo Vasc* [Internet]. 2020 [citado 2020 sep 12]; 37(4): 152-161. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2020.05.003>
  12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico* [Internet]. Brasília (DF); 2012 [citado 2022 sep 14]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)
  13. Rodrigues JARM, Cunha ICKO, Vannuchi MTO, Haddad MCFL. Glosas em contas hospitalares: um desafio à gestão. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2020 sep 12]; 71(5): 2511-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0667>
  14. Labarca L, Urdaneta MJR, González IME, Contreras BA, Baabel ZNS, Fernández CM, et al. Prevalencia del síndrome de *HELLP* en gestantes críticas: Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, Maracaibo, Venezuela. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2016 [citado 2020 sep 12]; 81(3): 194-201. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300005>
  15. Couto PLS, Gomes AMT, Erdmann AL, Brito OO, Nogueira VPF, Porcino C, et al. Correlação entre marcadores de vulnerabilidade social frente ao uso do preservativo por trabalhadoras sexuais. *Saúde e Pesqui* [Internet]. 2019 [citado 2020 sep 12]; 12(3): 591-99. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n3p591-599>
  16. Ribeiro JF, Soares MSAC, Rodrigues CO, Bezerra VOR, Araújo KRS. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com síndrome HELLP. *Rev Enferm UFMS* [Internet]. 2016 [citado 2020 sep 12]; 6(4): 569-77. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769221345>
  17. Cadoret F, Guerby P, Cavaignac-Vitalis M, Vayssiere C, Parant O, Vidal F. Manejo expectante na síndrome *HELLP*: fatores preditivos da evolução da doença. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2021 [citado 2022 sep 14]; 34(24): 4029-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/14767058.2019.1702956>
  18. Katz L, Amorim M, Souza JP, Haddad SM, Cecatti JG. COHELLP: collaborative randomized controlled trial on corticosteroids in HELLP syndrome. *Reprod Health* [Internet]. 2013 [citado 2020 sep 12]; 10(28): 1-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-10-28>
  19. Ribeiro JF, Melo SSS, Silva CC, Guimarães SVC, Santos TMMG. HELLP syndrome: obstetric characterization and treatment modality. *J Nurs UFPE online* [Internet]. 2017 [citado 2020 sep 12]; 11(Suppl 3): 1343-48. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i3a13975>

- p1343-1348-2017
20. Ditisheim A, Sibai BM. Diagnosis and Management of HELLP Syndrome Complicated by Liver Hematoma. *Clin Obst Gynecol* [Internet]. 2016 [citado 2020 sep 12]; 60(1): 190-97. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.1097/GRE.0000000000000253>
  21. Tetsuka S, Nonaka H. Importance of correctly interpreting magnetic resonance imaging to diagnose posterior reversible encephalopathy syndrome associated with HELLP syndrome: a case report. *BMC Med Imaging* [Internet]. 2017 [citado 2020 sep 12]; 17(35): 1-6. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12880-017-0208-6>
  22. Lappin JM, Darke S, Dufflou J, Kaye S, Farrell M. Fatal stroke in pregnancy and the puerperium. *Stroke* [Internet]. 2018 [citado 2020 sep 12]; 49(12): 3050-53. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.023274>
  23. Zuccolotto EB, Pagnussatt NE, Nogueira GC, Nociti JR. Anesthesia in pregnant women with HELLP syndrome: case report. *Rev Bras Anesthesiol* [Internet]. 2016 [citado 2020 sep 12]; 66(6): 657-60. Disponible em: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2014.05.013>
  24. De Oliveira RS, De Matos IC, Da Silva TBP, De Azevedo NM, Andrade M, Do Espirito Santo FH. Síndrome Hellp: estudio de revisión para la atención de enfermería. *Enferm Glob* [Internet]. 2012 [citado 2020 sep 12]; 11(28): 337-45. Disponible em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/revision2.pdf>
  25. Añez-Aguayo MY, Gracia PV. Dexamethasone in HELLP syndrome: experience in Bolivia. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2020 [citado 2022 sep 14]; 33(1): 1-4. Disponible em: <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1482272>
  26. Henríquez-Villaseca MP, Catalán-Barahona A, Lattus-Olmos J, Vargas-Valdebenito K, Silva-Ruz S. Hematoma subcapsular hepático roto en síndrome HELLP. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2018 [citado 2020 sep 12]; 146(6): 753-61. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000600753>
  27. Almeida MG, Silva FC, Ayres EPQ, Marques VM, Marinho P, Sá RAM. Doppler hepático na pré-eclâmpsia e na síndrome HELLP. *FEMINA* [Internet]. 2015 [citado 2020 sep 12]; 43(6): 245-49. Disponible em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n6/a5323.pdf>
  28. Khalid F, Mahendraker N, Tonismae T. HELLP Syndrome. 2022 Jun 16. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan [citado 2022 sep 14]. PMID: 32809450. Disponible em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560615/>
  29. Sepúlveda-Martínez A, Romero C, Juárez G, Hasbun J, Parra-Cordero M. Actualización en el diagnóstico y manejo del daño hepático agudo grave en el embarazo. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2015 [citado 2020 sep 12]; 143(5): 627-36. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000500011>
  30. Gomes CBA, Dias RS, Silva WGB, Pacheco MAB, Sousa FGM, Loyola CMD. Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. *Texto contexto – enferm* [Internet]. 2019 [citado 2020 sep 12]; 28: e20170544. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0544>