

HIPERTENSÃO ARTERIAL INDUZIDA PELA GRAVIDEZ NO CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA. ASPECTOS MATERNOS E PERINATAIS

ARTERIAL HYPERTENSION PREGNANCY INDUCED AT THE CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA. MATERNAL AND PERINATAL ASPECTS

Joe Luiz Vieira Garcia Novo¹, Bianca Totta Patrício², Natália Sartori Vanin²

RESUMO

Objetivos: contribuir na descrição da ocorrência e analisar fatores associados às consequências da pré-eclâmpsia no Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS). Métodos: estudo observacional descritivo, longitudinal e retrospectivo dos prontuários médicos de partos de mulheres internadas no CHS de janeiro-fevereiro/2007 e novembro/2007 - agosto/2008. As variáveis estudadas: características sócio-demográficas e comportamentais maternas, antecedentes familiares, pessoais e obstétricos da gestação, parto, puerpério, atendimento realizado, evolução e condições de alta materno-fetal. A análise estatística utilizou o programa Statistical Package for Social Sciences. Resultados: assistiram-se a 2.122 partos, 246 deles (11,60%) com pré-eclâmpsia. A procura hospitalar ocorreu por: crise hipertensiva (31,30%), dores no baixo-ventre (26,02%) e eclâmpsia convulsiva (2,04%). Utilizou-se hidralazina (15,85%) e sulfato de magnésio (14,23%) para controle das crises hipertensivas e convulsivas das pacientes. A idade gestacional ($p=0,037$) e o índice de Apgar do quinto minuto dos recém-nascidos ($p=0,020$) foram significativamente maiores nas pacientes sem hipertensão arterial em seus antecedentes. No teste do qui-quadrado ($PAD > 110$ mmHg) houve diferença significativa em pacientes com pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia ($p < 0,001$), complicações maternas tardias ($p = 0,009$), índice de Apgar dos recém-nascidos nos primeiro ($p < 0,001$) e quinto minutos ($p < 0,007$). Conclusão: o CHS, apesar de receber pacientes graves com pré-eclâmpsia, apresenta porcentagens de complicações e taxa de mortalidade considerados baixos, através da utilização de sulfato de magnésio e na oportuna resolução da gravidez. Suporte: CNPq. Descritores: pré-eclâmpsia, eclâmpsia, fatores de risco; atenção à saúde.

ABSTRACT

Objectives: to contribute with the description and analysis of the risk factors associated with preeclampsia in the CHS. Methods: retrospective observational study of medical handbooks on the deliveries of pregnant women hospitalized in the CHS from January - February 2007 to August 2008. The variables being studied were: social demographic mother-to-be behavioral characteristics; family history, personal gestational obstetrics overview; deliveries, puerperal data; patient assistance conductibility, clinical development and mother/baby hospital discharge. The statistical analysis which made use of Statistical Package for Social Sciences came to these results: out of the 2122 performed deliveries, 246 patients presented preeclampsia. Hospital admittance being due to: hypertension crisis (31.30%), abdominal pain (26.02%) and eclampsia (2.04%). Hydralazine (15.85%) and magnesium sulfate (14.23%) were used to control hypertensive and convulsion crisis. Furthermore, gestational age ($p=0.037$) and fifth minute Apgar index of newborns ($p=0.020$) came out significantly higher in patients with no family history of hypertension. In the

chi-square test ($PAD > 110$ mmHg), there was significant difference in severe preeclampsia and eclampsia patients ($p < 0.001$), late maternal complications ($p = 0.009$) and newborn Apgar index in the first ($p < 0.001$) and fifth minutes ($p < 0.007$). Conclusion: in spite of the severe preeclampsia conditions some admitted patients presented, the CHS dealt with a small percentage of complications and mortality rate due to the use of magnesium sulfate and the successful handling of deliveries. Key-words: pre-eclampsia, eclampsia, risk factors, health care.

INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas que se associam ao desenvolvimento da gestação representam as patologias que mais promovem elevados índices de morbimortalidade materna e/ou fetal. Dentre elas destacam-se as manifestações da hipertensão induzida pela gravidez ou pré-eclâmpsia.¹

A pré-eclâmpsia apresenta-se, em geral, como manifestação de doença multissistêmica de disfunção endotelial generalizada, que se associa à elevação da resistência vascular periférica, interligadas à ativação do sistema de coagulação. Ao trofoblasto caberia ser a origem da ativação endotelial através de estímulo antigênico, promovendo elevação da reatividade vascular, vasoespasmos generalizados, modificações na permeabilidade capilar, com a associação de alterações do sistema de coagulação.²

Admite-se, portanto, que a patologia tenha seu início precocemente em relação ao desenvolvimento da gravidez, ou seja, a partir do início da placentação, apesar de suas manifestações e/ou reconhecimentos clínicos sejam tardios, acontecendo principalmente durante o último trimestre gestacional. A precocidade das manifestações clínicas, em geral, associa-se à piora de prognóstico em relação ao binômio materno-fetal, havendo alerta para as associações com hipertensão arterial subclínica preexistente, doenças autoimunes e/ou doença trofoblástica gestacional.³

A pré-eclâmpsia é denominada pura quando presente a partir da 20^a ou 24^a semana em gestantes previamente normotensas, ou sobreposta quando em grávidas portadoras de hipertensão arterial reconhecida antes do início da gravidez. Nas formas descritas em vigência de piora do quadro clínico, poderá manifestar-se quadro convulsivo tonicoclônico e/ou comatoso a que se denomina eclâmpsia.⁴

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 12, n. 3, p. 9-20, 2010

1. Professor do Depto. de Cirurgia - FCMS/PUC-SP

2. Acadêmico (a) do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

Recebido em 12/4/2010. Aceito para publicação em 15/7/2010.

Contato: joeluznovo@hotmail.com

Apesar de ser importante em saúde pública, de avanços no conhecimento de vários aspectos envolvidos na doença, e algumas teorias ainda estarem sendo propostas, para a pré-eclâmpsia não se têm dados científicos, ainda, sobre a sua etiologia.^{1,3} Crêem os autores na combinação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais.^{1,4}

A importância do conhecimento da etiologia da doença traria como consequência a possibilidade de prevenir a sua instalação, isto é, a atuação de profilaxia primária seria fundamental, podendo gerar melhores condições maternas e/ou fetais durante a evolução do ciclo grávido puerperal.³

Clinicamente ela pode ser classificada em leve e/ou grave. Compreende a forma leve, em geral, quando os níveis pressóricos estiverem inferiores a 160/110 mmHg, e proteinúria secundária a lesões glomerulares renais abaixo de 2g/24 horas.

Na presença do quadro clinicamente leve, orienta-se a paciente para seguimento ambulatorial cuidadoso, avaliação semanal, recomendando-se repouso absoluto, controle diário da pressão arterial e acompanhamento dos movimentos fetais.³ Se não houver melhora do quadro clínico, poderá surgir a forma grave, com elevação dos níveis tensionais arteriais e alterações funcionais de órgãos-alvo (cérebro, coração e rins).⁴

Sob a forma grave da pré-eclâmpsia, a conduta de consenso com a literatura mundial é a internação da paciente, na tentativa clínica de se minimizarem os efeitos da reatividade vascular exaltada da paciente, impedindo o desfecho final das complicações mais frequentes, isto é, edema agudo de pulmão, hemorragia cerebral, convulsões e coma. A estabilização clínica materna emergencial será através de terapia antiepiléptica (sulfato de magnésio) e/ou anti-hipertensiva (hidralazina).⁴

A conduta obstétrica na pré-eclâmpsia grave quando houver maturidade fetal é a resolução da gestação através de via vaginal e/ou parto cesáreo, salvaguardando-se os interesses fetais. A ocorrência de pré-eclâmpsia não próxima do termo torna-se objeto de muitas discussões e controvérsias em torno da resolução ou não da gestação.³

A pré-eclâmpsia continua, ainda, como um grande enigma, desafiando a argúcia de todos os serviços obstétricos.⁹ Quer na forma isolada e/ou sobreposta à hipertensão arterial crônica, está associada a graves resultados maternos e perinatais.^{1,4}

Apesar de poder ser patologia perfeitamente previsível do ciclo grávido puerperal, suas elevadas complicações maternas e perinatais ainda persistem nos países subdesenvolvidos, entre os quais o Brasil está inserido. Em países desenvolvidos, ao contrário, essas complicações são raras, decorrentes da qualidade dos cuidados pré-natais utilizados.

Os cuidados obstétricos no acompanhamento pré-natal visam, entre outros, a profilaxia e a prevenção da pré-eclâmpsia. Se presente, diante da importância dessa patologia, caberá ao prenatalista proteger a mãe e o seu concepto das prováveis complicações, que poderão ser desencadeadas pela síndrome não controlada.⁴

Esta pesquisa tem como objetivo principal contribuir na descrição da ocorrência e analisar os fatores associados às consequências da pré-eclâmpsia no Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS) em relação às pacientes e aos seus conceptos.

MÉTODOS E CASUÍSTICA

Foram analisados os prontuários de pacientes com diagnóstico clínico de pré-eclâmpsia e de seus recém-nascidos assistidos no CHS durante os períodos de 01/01 a 28/02/2007, e

de 01/11/2007 a 31/08/2008.

Este estudo iniciou-se após a sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde/PUC-SP. Respeitaram-se as normas da declaração de Helsinque e da resolução nº 196/06 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa em seres humanos.

A metodologia seguiu os princípios da escola americana, já consagrada pelos resultados obtidos e aceita mundialmente. A aferição da pressão arterial foi padronizada com as pacientes após repouso de cinco minutos, em posição de decúbito lateral esquerdo. Para a medida da pressão arterial diastólica (PAD) utilizou-se preferencialmente da fase V de Korotkoff (desaparecimento do som), a qual representa com mais precisão os níveis intra-arteriais.⁵ A hipertensão arterial definiu-se através da presença de níveis tensionais iguais e/ou superiores a 140/90mmHg, confirmados após seis horas de observação das pacientes.⁴

Estudaram-se aquelas com idade gestacional mínima de 20 semanas completas e/ou as com nascituros com peso igual ou superior a 500 g.⁴ A classificação das síndromes hipertensivas observou o modelo do Comitê Americano de Ginecologia e Obstetria,^{2,5} definindo como hipertensão crônica quando existente desde a primeira metade até o final da gravidez e persistente no puerpério tardio.⁴

Foi considerada como pré-eclâmpsia pura quando a hipertensão iniciou-se na segunda metade da gravidez, associada à proteinúria (≥ 300 mg/24 horas), com remissão no evoluir do puerpério. Compreende a forma leve quando de níveis pressóricos até 160/110 mmHg e proteinúria inferior a 2 g/24 horas. A forma grave identifica-se na presença de PAD superior a 110 mmHg, proteinúria ≥ 2 g/24 horas, oligúria (diurese ≤ 40 ml/24 horas), dor epigástrica em barra, escotomas, cefaleia nuca, turvação visual, plaquetas $\leq 100.000/\text{mm}^3$, bilirrubinas $\geq 1,2\text{mg}\%$, creatinina $\geq 1,2\text{mg}\%$, transaminases (AST/ALT) $\geq 72\text{U/ml}$ e dehidrogenase láctica (DHL) $\geq 600\text{U/L}$.

Definiu-se como pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica quando associada à elevação na PAD na segunda metade da gravidez, acompanhada de sintomas e/ou sinais de pré-eclâmpsia grave. Denominou-se como eclâmpsia a associação de quadro convulsivo tonicoclônico e/ou coma aos grupos anteriores.⁴

A idade gestacional estimou-se através da data do primeiro dia da última menstruação, auxiliada pela medida da altura uterina e confirmada através de ultrassonografia. Para os controles laboratoriais utilizaram-se exames: hemograma completo, urina tipo I, ácido úrico, ureia, proteinúria, creatinina, glicemia, bilirrubinas, AST e ALT. A vitalidade fetal estudou-se através de cardiocografia anteparto, perfil biofísico e dopplerfluxometria.

A betametazona em dose de 12 mg/dia, através da via intramuscular, em dois dias consecutivos, foi administrada em gestações de 28 a 32 semanas, indicada com a finalidade de antecipar a maturação fetal e poder proporcionar melhores condições de sobrevivência fetal quando diante da iminência de resolução da gravidez.⁶

O acompanhamento clínico direcionado às pacientes hipertensas do serviço observou as diretrizes emanadas pela escola americana.⁶ Nas pacientes com PAD persistente igual e/ou superior a 110 mmHg e/ou com sinais de lesão de órgão-alvo, a hidralazina foi o princípio farmacológico preferido como tratamento antihipertensivo de urgência. Injeta-se através da via venosa em bolo (5 mg), repetindo-se a dose a cada 15 - 20

minutos, até que a PAD decline ao redor de 20% dos valores iniciais. A manutenção dos níveis arteriais, em seguida, esteve por conta do uso oral de metildopa (750 – 2.000 mg/dia) e, quando necessário, auxiliado pela nifedipina (20 – 60 mg/dia). Os diuréticos e cardiotônicos seriam administrados através da via venosa na vigência de edema agudo de pulmão.

As pacientes com iminência de convulsão e/ou eclâmpticas, com a finalidade de sedação e/ou remissão das convulsões, foram medicadas através do sulfato de magnésio heptahidratado, com dose inicial de 4 g em via endovenosa, durante cerca de quinze minutos (dose de ataque); o tratamento de manutenção utilizado foi de 1 g/hora pela via venosa até ao redor de 24 horas após a estabilização clínica das pacientes.⁷

Os procedimentos anestésicos para os partos cirúrgicos preferentemente utilizaram anestésias de condução (subaracnoide e/ou epidural). Na eventualidade de casos de distúrbios de coagulação e/ou simultaneidade de convulsão materna, e/ou sofrimento fetal agudo, a opção seria tiopental sódico para a narcoanestesia.

O controle puerperal imediato realizou-se inicialmente em sala de recuperação e/ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI), quando necessário. Após a estabilização clínica, as pacientes eram encaminhadas para a enfermaria. A assistência clínica e emergencial das eclâmpticas realizou-se através de equipes multidisciplinares, de acordo com a evolução de cada paciente.⁶

Na eventualidade de mortes maternas, estas seriam definidas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID) em sua 10ª edição, considerando-se todo óbito ocorrido durante qualquer época da gravidez, independente de sua localização, e/ou até 42 dias após o seu término.

Considera-se morte obstétrica direta como decorrente de complicações obstétricas peculiares ao ciclo grávido puerperal. A morte obstétrica indireta é a que provém de doença preexistente, ou que se desenvolve durante a gestação, não relacionada a causas obstétricas diretas, mas que é agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez. A morte obstétrica tardia seria o óbito decorrente de causas obstétricas diretas ou indiretas entre 43 e 365 dias do término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa do óbito.⁸

A idade gestacional dos recém-nascidos foi estudada através do cálculo pós-natal de seus parâmetros físicos e neurológicos.⁹ O peso ao nascer avaliou-se em gramas (g), e a adequação ponderal do recém-nascido analisou-se através de tabela padronizada.¹⁰ Recém-natos com bem-estar e/ou hipóxicos foram estimados através de parâmetros adequados aos 1º e 5º minutos de vida.¹¹ Considerou-se hipoglicemia neonatal se a leitura da glicemia plasmática nos recém-nascidos foi igual e/ou inferior a 40 mg/dL após três horas do parto, e 45 mg/dL após 24 horas de vida,¹² e hiperbilirrubinemia se a dosagem sanguínea da bilirrubina indireta fosse superior a 5mg/dL.¹³

O tempo de estada hospitalar utilizado pelos recém-nascidos foi considerado como normal até sete dias e prolongado quando a partir do oitavo dia. Natimorto seria o nascituro sem sinais de vitalidade ao nascer, e neomorto o que apresentasse algum sinal de vitalidade ao nascer, vindo a falecer a seguir. A neomortalidade precoce seria aquela em que ocorresse o óbito até sete dias de vida extra-uterina, e neomortalidade tardia em óbito transcorrido entre o 8º e 28º dias de pós-parto.¹⁴

Com a finalidade de análise estatística, os dados das pacientes e de seus recém-nascidos foram registrados em detalhada observação confidencial, coletando-se os dados epidemiológicos, antecedentes pessoais e obstétricos, assistência pré-natal das condições maternas e fetais durante sua internação, digitados em planilha Excel®, e transferidos para o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), em sua versão 13.0, para a obtenção dos resultados de teores estatísticos.¹⁵

As avaliações estatísticas para as variáveis paramétricas constaram de: descrição estatística, considerando-se as medidas-resumo de frequência, média, desvio-padrão, mínimo, máximo, percentil 25%, mediana e percentil 75%; análise estatística, através da aplicação do Teste de Mann-Whitney, dividida em duas situações distintas: (1) dois grupos de PAD na admissão, em pacientes com PAD \geq 110 e PAD \leq 110 mmHg, e (2) amostra dividida em dois grupos quanto ao antecedente pessoal de hipertensão arterial crônica (HAC), em isentas e portadoras de HAC. Para as variáveis não paramétricas foram anotadas: descrição estatística, considerando-se as medidas-resumo de frequência e percentual; análise estatística, através da aplicação do Teste de Qui-quadrado, nas condições propostas. Adotou-se o nível de significância de 5% para todas as análises estatísticas.¹⁵

RESULTADOS

Durante o período estudado assistiram-se no CHS a 2.122 partos, dos quais em 246 (11,6%) as pacientes apresentavam pré-eclâmpsia na forma pura ou associada à hipertensão arterial preexistente.

A procura hospitalar dessas pacientes ocorreu em maiores proporções por crise hipertensiva (31,3%), dores no baixo-ventre (26,02%) e cefaleia (11,28%); cinco pacientes (2,04%) internaram-se com quadro de eclâmpsia. As características maternas mostram em cerca de 47,56% a faixa etária de 25 a 34 anos, tendo cursado o ensino de 1º grau em 51,22%. As pacientes brancas correspondem a 2/3 (71,54%). Eram casadas ou com união estável em 82,93%, 50% delas provenientes de Sorocaba. Estudando-se os antecedentes, em 71,15% havia hipertensão arterial familiar; e nos antecedentes pessoais, a hipertensão arterial ocorreu em 25,6%. O atendimento secundário esteve em maior proporção (56,91%), 64,23% eram pacientes com gestações prévias, 97,97% tinham assistência pré-natal constatada. Em 57,73% a gestação era de termo, chegando à admissão hospitalar em boas condições gerais (70,33%), com 61,38% com pressão arterial sistólica (PAS) entre 100 e 110 mmHg. O procedimento anestésico assistencial mais utilizado foi o bloqueio raquídeo (76,01%).

As indicações cirúrgicas de partos cesáreos foram elevadas (60,1%) em virtude das alterações maternas associadas à síndrome hipertensiva e aos sinais de sofrimento fetal intrauterino. Em 84,86% dos partos não se seguiram de complicações. A hidralazina foi utilizada em 15,85% para o controle das crises hipertensivas. Em 14,23% usou-se sulfato de magnésio para o controle sedativo das pacientes com iminência (30/246) e/ou convulsões maternas (5/246), respectivamente. Na ocasião da alta materna em 80,89%, os níveis arteriais diastólicos foram considerados normais. Longa permanência hospitalar materna foi observada em 19,51% dos casos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das pacientes segundo as características maternas

Queixa na internação hospitalar	Número	%
Crise hipertensiva	77	31,30
Dor baixo-ventre	64	26,02
Cefaléia	28	11,38
Perda de líquido amniótico	24	9,76
Oligoamnionia	19	7,72
Escotomas	10	4,07
Óbito fetal	9	3,66
Diminuição movimentos fetais	7	2,85
Convulsões	5	2,04
TOTAL	244	100,00
Faixa Etária	Número	%
10-14	-	-
15-19	32	13,01
20-24	48	19,51
25-29	65	26,42
30-34	52	21,14
35-39	37	15,04
40-49	12	4,88
Total	246	100,00
Escolaridade	Número	%
1º grau	126	51,22
2º grau	97	39,43
Superior	6	2,44
Desconhecida	17	6,91
Total	246	100,00
Cor	Número	%
Branca	176	71,54
Não-branca	55	22,36
Desconhecida	15	6,10
Total	246	100,00
Estado civil	Número	%
Casada	118	47,97
União estável	86	34,96
Solteira	32	13,01
Desconhecido	10	4,07
Total	246	100,00
Procedência	Número	%
Sorocaba	123	50,00
Outra	120	48,78
Desconhecida	3	1,22
Total	246	100,00
Antecedentes familiares	Sim	%
Hipertensão arterial	185	71,15
Diabetes	111	45,12
Antecedentes pessoais	Sim	%
Hipertensão arterial	63	25,60
Diabetes	7	2,84
Tipo de Atendimento	Número	%
Primário	106	43,09
Secundário	140	56,91
Total	246	100,00

Continuação pág. 13

Paridade	Número	%
0	88	35,77
>1	158	64,23
Total	246	100,00
Pré-natal	Número	%
Sim	241	97,97
Não	2	0,81
Desconhecida	3	1,22
Total	246	100,00
Idade Gestacional (semanas)	Número	%
= 28	7	2,85
29-32	21	8,54
33-36	72	29,27
37-40	133	54,07
= 41	9	3,66
Desconhecida	4	1,63
TOTAL	246	100,00
Condições maternas à internação	Número	%
Boas	173	70,33
Regulares	56	22,76
Graves	17	6,91
TOTAL	246	100,00
Pressão arterial diastólica: mm Hg (à admissão)	Número	%
90 = 100	69	28,05
100 = 110	151	61,38
> 110	24	9,76
Desconhecida	2	0,81
Total	246	100,00
Anestesia utilizada	Número	%
Sem anestesia	18	7,31
Local	36	14,63
Raquídea	187	76,01
Peridural + raquídea	1	0,40
Geral	5	2,03
Total	246	100,00
Indicações cirúrgicas	Número	%
Eletivas n/ pré-eclâmpsia	77	37,93
Sufrimento fetal	45	22,17
Iminência de eclâmpsia	30	14,77
Ruptura de membranas ovulares	10	4,93
Falha de indução ao parto	6	2,96
Iteratividade em parto cesáreo	19	6,74
Distocia funcional	5	2,46
Eclâmpsia	5	2,46
TOTAL	203	100,00
Complicações pós-parto	Número	%
Sem complicações	209	84,96
Sanramento genital aumentado	19	7,72
Ruptura genital	15	6,10
Descolamento prematuro da placenta	2	0,81
Ruptura uterina	1	0,41
TOTAL	246	100,00

Continuação pág. 14

Medicamentos	Número	%
Metildopa	212	86,18
Hidralazina	39	15,85
Sulfato magnésio	35	14,23
Nifedipina	19	7,72
Diazepam	3	1,22
Hidantoína	1	0,41
TOTAL	309	100
Pressão arterial diastólica (alta hospitalar)	Número	%
= 90 mmHg	193	80,89
90 – 100 mmHg	23	9,35
> 100 mmHg	20	8,13
Desconhecida	4	1,63
TOTAL	246	100,00
Permanência materna	Número	%
= 3 dias	59	23,98
4 – 7 dias	139	56,50
= 8 dias	48	19,51
TOTAL	246	100,00

À leitura em relação ao boletim de Apgar, 20,41% e 3,27% respectivamente, apresentaram hipóxia nos primeiro e quinto minutos de vida. As condições em 33,1% ao nascer dispensaram manobras de reanimação.

A classificação ponderal listou 66,12% como adequados, e 24,90% como pequenos para suas idades gestacionais. As complicações mais importantes foram: cianose

central (57,72%), desconforto respiratório (5,31%), hipoglicemia (4,90%) e agravo de natimortalidade (4,08%). A longa permanência ocorreu em 13,37% dos recém-natos (Tabela 2).

“There is no fun in doing nothing when you have nothing to do.”

“I like idling when I ought not to be idling; not when it is the only thing I have to do.”

Jerome K. Jerome. The idle thoughts of an idle fellow. Filiquarian, 2007.

Tabela 2. Distribuição segundo as características dos recém-nascidos

Sexo	Número	%
Feminino	124	48,63
Masculino	129	50,59
Ignorado	2	0,78
TOTAL	255	100,00
Apgar	Número	%
1' < 7	50	20,41
1' = 7	194	79,18
1' Ignorado	1	0,41
Total	245	100,00
5' < 7	8	3,27
5' = 7	236	96,33
1' Ignorado	1	0,41
TOTAL	245	100,00
Reanimação	Número	%
Não	94	33,10
Oxigênio	143	50,35
VPP e/ou intubação	46	16,20
Desconhecida	1	0,35
TOTAL	284	100,00
Classificação	Número	%
AIG	162	66,12
PIG	61	24,90
GIG	14	0,71
Desconhecida	8	3,27
TOTAL	245	100,00
Peso	Número	%
< 1000 g	7	2,75
1.000 – 1.499 g	23	9,02
1.500 – 2.499 g	56	21,96
=2.500 g	168	65,88
Total	255	100,00
Complicações	Número	%
Não	66	26,83
Cianose central	142	57,72
Desconforto respiratório	13	5,31
Hipoalícemia	12	4,90
Natimoralidade	10	4,08
Desconhecida	3	1,22
TOTAL	246	100,00
Permanência (dias)	Número	%
= 7	197	80,41
= 8	45	13,37
Desconhecida	4	1,62
TOTAL	246	100,00

(VPP = ventilação pulmonar positiva; AIG = adequado para a idade gestacional; PIG = pequeno para a idade gestacional; GIG = grande para a idade gestacional).

Na tabela 3, o Teste de Mann-Whitney exhibe as características maternas e dos recém-nascidos quando se dividem as pacientes quanto aos seus antecedentes pessoais, em ausência e presença de hipertensão arterial. Na variável idade gestacional ($p = 0,037$) e no valor médio do índice de Apgar do quinto minuto dos recém-nascidos ($p = 0,020$) elas foram significativamente

maiores nas pacientes sem hipertensão arterial em seus antecedentes. Além disso, aquelas com hipertensão arterial em seus antecedentes apresentaram valores maiores na PAD na admissão e alta hospitalares, e valores menores em recém-nascidos com índice médio de Apgar no primeiro minuto e peso ao nascer.

Tabela 3. Comparação entre as variáveis paramétricas de ambos os grupos: sem hipertensão arterial crônica (s/HAC) e com hipertensão arterial crônica (c/HAC), com aplicação do Teste de Mann-Whitney, com o intuito de verificarmos possíveis diferenças entre ambos os grupos de HA para as variáveis de interesse.

Variável	HA	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Significância (p)
IDADE	normal	185	27,83	6,54	15,00	46,00	23	28	32,5	0,759
	elevada	59	28,47	8,07	16,00	47,00	21	28	36	
INTERN IG	normal	184	36,73	2,96	27,00	42,00	35	38	39	0,037
	elevada	57	35,72	3,32	27,00	41,00	33	36	38	
PAD ADMIS DIAST	normal	184	92,88	16,29	50,00	170,00	80	90	100	0,120
	elevada	58	96,55	17,12	60,00	150,00	90	100	110	
PA SAIDA DIAST	normal	182	82,97	13,91	50,00	130,00	70	80	90	0,088
	elevada	58	86,21	12,54	60,00	120,00	80	80	90	
RNAPGAR 1	normal	185	7,19	2,33	0,00	9,00	7	8	9	0,106
	elevada	58	6,74	2,54	0,00	9,00	6	8	8	
RNAPGAR 5	normal	185	8,42	1,90	0,00	10,00	9	9	9	0,020
	elevada	58	8,05	2,12	0,00	10,00	8	9	9	
RN PESO	normal	185	2800,22	831,53	440,00	4775,00	2267,5	2930	3325	0,074
	elevada	58	2514,10	971,15	595,00	4135,00	1647,5	2610	3425	

A tabela 4 desvela a aplicação do Teste do Qui-quadrado na comparação entre ambos os grupos de PAD (≥ 110 e < 110 mmHg), com a finalidade de se verificar possíveis diferenças entre ambos os grupos para as variáveis de interesse. Observa-se que houve diferença significativa em pacientes com pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia ($p < 0,001$) e complicações

maternas tardias ($p = 0,009$) quando os níveis de PAD foram maiores que 110 mmHg. Na tabela 5, o mesmo procedimento mostra diferenças significantes quanto aos valores médios do índice de Apgar dos recém-nascidos no primeiro ($p < 0,001$) e no quinto minutos ($p < 0,007$), observando-se melhores resultados para PAD menor do que 110 mmHg.

Tabela 4. Comparação entre ambos os grupos de pressão diastólica (≥ 110 e < 110) em relação às variáveis não-paramétricas, com aplicação do Teste de Qui-quadrado, com o intuito de verificarmos possíveis diferenças entre ambos os grupos de pressão diastólica para as variáveis de interesse.

PAD_ADMIS_DIAST	pré-eclâmpsia / eclâmpsia		Total
	leve	grave	
< 110	174	17	191
	91,10	8,90	100,00
≥ 110	35	18	53
	66,04	33,96	100,00
Total	209	35	244
	85,66	14,34	100,00
p < 0,001			
PAD_ADMIS_DIAST	COMPLIC_IMED		Total
	sim	não	
< 110	34	156	190
	17,89	82,11	100,00
≥ 110	7	45	52
	13,46	86,54	100,00
Total	41	201	242
	16,94	83,06	100,00
p = 0,490			
PAD_ADMIS_DIAST	COMPLIC TARD		Total
	sim	não	
< 110	1	189	190
	0,53	99,47	100,00
≥ 110	3	50	53
	5,66	94,34	100,00
Total	4	239	243
	1,65	98,35	100,00
p = 0,009			

Tabela 5. Comparação entre ambos os grupos de pressão diastólica (≥ 110 e < 110) em relação às variáveis paramétricas, com aplicação do Teste de Qui-quadrado, com o intuito de verificarmos possíveis diferenças entre ambos os grupos de pressão diastólica para as variáveis de interesse.

Variável	PAD ADMIS DIAST	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Significância (p)
RN_APGAR_1	< 110	191	7,41	2,03	0,00	9,00	7,00	8,00	9,00	< 0,001
	≥ 110	52	5,69	3,21	0,00	9,00	2,25	7,00	8,00	
RN_APGAR_5	< 110	191	8,53	1,63	0,00	10,00	9,00	9,00	9,00	0,007
	≥ 110	52	7,46	2,82	0,00	10,00	7,00	9,00	9,00	

DISCUSSÃO

O ciclo grávido puerperal em países desenvolvidos é considerado como evento fisiológico e normal durante o período reprodutivo da mulher. Apesar de fisiológico, induz modificações ou alterações no organismo materno, levando à proximidade de evento patológico e, mesmo se estiver sem controle adequado poderá ser envolvido por doenças, complicações e/ou, também, à própria morte.¹⁶

A pré-eclâmpsia é uma síndrome hipertensiva exclusiva da gravidez humana, prevalente em primíparas e na segunda metade da gestação.⁴ Caracteriza-se pelo envolvimento gradual e/ou sistêmico do organismo materno, promovendo, além de hipertensão, proteinúria e, também, às vezes, modificações funcionais nos sistemas hepático e de coagulação.^{1,4}

O agravamento do quadro clínico, se acompanhado de modo inadequado, em geral, conduz à sobreposição de quadro convulsivo e/ou comatoso, denominado eclâmpsia, definindo a sua gravidade emergencial.⁷ O conhecimento das diversas manifestações clínicas da pré-eclâmpsia é importante para o seu perfeito entendimento, bem como na orientação para uma adequada abordagem assistencial ao binômio materno-fetal.¹⁷

A pré-eclâmpsia é doença sistêmica cujas alterações geralmente são desencadeadas por respostas compensatórias deficientes em virtude de vaso-espasmo generalizado, que, em síntese, é responsável por quadro de alta resistência e alta pressão. Acredita-se que seja decisiva a contribuição fetal envolvendo mecanismos de aloenxerto para a perfeita adaptação do organismo materno ao desenvolvimento fisiológico da gravidez.¹⁸ Em consequência, lesa-se o endotélio vascular, expondo-se o colágeno subendotelial, gerando eventos trombóticos e êmbolos, lesões microcirculatórias, acidentes renais, hepáticos e/ou cerebrais. A ativação da cascata de coagulação, resposta inflamatória aumentada, alterações plaquetárias em número e volume participam desta síndrome em questão.¹

A pré-eclâmpsia continua desafiando os mais argutos obstetras, não se conhecendo, ainda, todos os elementos para o seu controle. As formas graves da síndrome de complexidade e gravidade clínicas são previsíveis, e potencialmente podem ser evitadas tanto a mortalidade materna como a perinatal. Em verdade, ela representa a forma mais comum de uma síndrome hipertensiva, potencialmente curável e reversível, após o término do ciclo grávido puerperal.⁷

Os resultados desta pesquisa revelam que a pré-eclâmpsia apresenta-se como patologia obstétrica relevante do ponto de vista materno-fetal no CHS, ocorrendo em 11,6% (246/2122) das pacientes estudadas no período da pesquisa, havendo similaridade com os de outros serviços obstétricos de referência.¹⁹

Na pesquisa vimos que havia acompanhamento pré-natal em 90% delas, em maiores proporções com gestações prévias. Nos antecedentes familiares dessas pacientes já eram conhecidas a presença de hipertensão arterial familiar e a das próprias gestantes (25,60%) no início da gravidez delas. A faixa etária mais acometida (25 - 34 anos) revelou o custo social e a morbidade em pessoas jovens, porém, mães de famílias, certamente já desempenhando atividade social-familiar de grande importância. Questiona-se qual teria sido a qualidade dessa assistência pré-natal primária, a ponto de não ter a capacidade de reconhecer a previsibilidade dessa patologia específica da segunda metade da gestação.¹⁹

Observaram-se três casos de pré-eclâmpsia agravados

com a associação de síndrome de hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia (HELLP síndrome), ou seja de 1,22% (3/246). A literatura cita que a proporção de HELLP síndrome varia entre 2% e 12% nas pacientes com pré-eclâmpsia, o que é compreensível, uma vez que reflete falta de consenso sobre os parâmetros a serem utilizados para a definição desta síndrome.¹

Nas pacientes com casos graves (iminência de eclâmpsia, eclâmpsia e HELLP síndrome), após a estabilização clínica e feto em condições de viabilidade, indica-se a resolução da gravidez para a saída do vilo corial e, conseqüentemente, a remissão do vaso-espasmo generalizado.⁷ Isto explica a liberalidade de indicações de resolução da gravidez através de partos cesáreos, complicações puerperais e maior permanência hospitalar, vindo de encontro às casuísticas dos demais autores.^{6,7}

Assistiram-se 35 pacientes com quadro grave, nas quais utilizou-se o sulfato de magnésio através da via venosa (doses de ataque e de manutenção) como medicamento profilático e curativo, respectivamente, para a inibição e remissão das convulsões das pacientes. Esse procedimento assistencial coibiu convulsões nessas 35 pacientes, as quais obtiveram melhora do quadro clínico inicial à internação hospitalar, recebendo alta hospitalar em sua totalidade, com boas condições de saúde. Não se observaram falhas no tratamento sedativo utilizado, cuja possibilidade de ocorrência, alguns autores sinalizam.²⁰

Neste estudo, a proporção de eclâmpsia foi de 0,23% (5/2122) dos partos no período estudado, ou seja, cerca de um caso a cada 455 partos. A incidência de eclâmpsia é variável, aceitando-se nos dias de hoje a cada 1.000 partos os valores de 0,6 nos países desenvolvidos e 4,5 naqueles em desenvolvimento.¹

A presença da eclâmpsia representa estado de emergência assistencial, com risco iminente de vida materna e/ou fetal, requerendo imediatos cuidados intensivos. Há concordância absoluta para a necessidade de inicialmente se garantir a oxigenação adequada da paciente acometida, medicar e controlar as crises convulsivas, medidas básicas para dar suporte a sua sobrevivência.⁶

Para o tratamento antiepiléptico da eclâmpsia, ao longo dos tempos apresentaram-se alguns esquemas medicamentosos, não ocorrendo consenso de qual o melhor deles. Porém, a partir de 1995, um grande estudo multicêntrico internacional demonstrou a eficácia do sulfato de magnésio em relação a algumas drogas também anteriormente utilizadas como a fenitoína e diazepam.²⁰

Apesar de o mecanismo de ação antiepiléptico do magnésio ainda não esteja totalmente conhecido, supõe-se a sua atuação de bloqueio neuronal dos canais de cálcio, reduzindo a isquemia cerebral, liberando prostaciclina e conseqüentemente favorecendo a microcirculação, inibindo a agregação plaquetária, protegendo o endotélio vascular de lesões mediadas por radicais livres. Sabe-se que o sulfato de magnésio diminui a contratilidade das fibras miométriais em atuação competitiva com o cálcio, diminuindo as suas concentrações, as quais são necessárias para a interação actino-miosina, para que se processe a contratilidade muscular. Essa interação poderá interferir na contratilidade uterina após o parto e favorecer quadros de hipotonia e/ou atonia uterina, gerando maior incidência de hemorragia pós-parto.

Neste estudo não ocorreram essas patologias hemorrágicas no período puerperal.^{7,20} Nesta pesquisa observase a utilização de anti-hipertensivos, seguindo as indicações da escola americana, para os casos de pré-eclâmpsia grave, isto é,

com PAD ≥ 110 mmHg e/ou sinais de lesões em órgãos-alvos.⁵

Estudos baseados em meta-análises recentes reconhecem que a mortalidade materna na pré-eclâmpsia grave é usualmente atribuída aos eventos hemorrágicos cerebrais. Tem-se, portanto, o consenso que esse risco tende a diminuir com a utilização de anti-hipertensivos, com a finalidade de se evitar a encefalopatia hipertensiva e a hemorragia cerebral.²¹

A análise dos recém-nascidos listados na pesquisa, revelando presença de cianose, desconforto respiratório, baixo peso ao nascer e natimortalidade indica que apesar da qualidade das condutas assistenciais (clínica e obstétrica) no CHS, elas ainda continuam em dificuldades resolutivas ideais.^{22,23}

Estudando-se as pacientes quanto aos seus antecedentes pessoais em ausência e presença de hipertensão arterial, nas variáveis idade gestacional ($p = 0,037$) e valor médio do índice de Apgar do quinto minuto dos recém-nascidos ($p = 0,020$), confirmaram-se as dificuldades assistenciais às pacientes que apresentavam hipertensão arterial preexistente à gravidez. Neste mesmo grupo, observam-se valores maiores em partos cirúrgicos, complicações maternas tardias, complicações de recém-nascidos e em pacientes com paridades anteriores.

É nítida a importância do controle rigoroso dos níveis tensionais arteriais maternos na tentativa de melhora dos resultados assistenciais. Ao se comparar ambos os grupos de PAD (≥ 110 e < 110 mmHg), verifica-se diferença significativa em pacientes com pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia ($p < 0,001$) e complicações maternas tardias ($p = 0,009$), quando os níveis de PAD > 110 mmHg. Idêntico raciocínio mostra as diferenças significantes quando os valores médios do índice de Apgar dos recém-nascidos nos primeiros ($p < 0,001$) e quinto ($p < 0,007$) minutos, obtendo-se melhores resultados para PAD < 110 mmHg.

Nesse contexto, quando se associam e se comparam custos hospitalares, é preferível a hospitalização antecipada dessas gestantes complicadas que assistência de neonatos prematuros e de baixo-peso em UTI neonatais. Amíúde existem outros fatores associados refletindo-se nos resultados obtidos, como interação de hospitais de referência, atendimentos primários e/ou secundários equivocados, provenientes ou não de transferências destes locais, além da falta de sintonia desses mesmos mecanismos de resolução.¹⁴

Sinala-se que os resultados indicam que o CHS, apesar de receber pacientes graves, em relação à patologia obstétrica estudada, apresenta porcentagens de complicações e taxa de mortalidade considerados baixos, o que poderia estar relacionado com o tratamento eficaz, consistindo no adequado esquema de utilização do sulfato de magnésio e na oportuna resolução da gravidez.

Na atualidade, apesar de os principais mecanismos fisiopatológicos envolvidos na gênese da pré-eclâmpsia ainda não estarem totalmente esclarecidos, porém, começam a ser conhecidos (reformular esta frase), sinalizando melhor abordagem nessas pacientes e, em consequência, supondo-se permitir uma redução das complicações materno-fetais.¹⁷

As estratégias benéficas mais importantes deverão ser desenvolvidas durante a atenção primária do pré-natal.

Fundamentam-se em garantia de suporte nutricional, intervenções relacionadas à promoção da saúde materna e, principalmente, à prevenção de riscos.²⁴

Alguns parâmetros hemostáticos (contagem de plaquetas, determinação da tromboomodulina, do complexo trombina-antitrombina III e do inibidor do ativador do

plasminogênio tipo 2) foram propostos como parâmetros auxiliares para o diagnóstico da doença.²⁵

A investigação de prováveis genes que se associem à pré-eclâmpsia ainda não é realidade de rotina pré-natal pela provável multiplicidade deles e dos altos custos associados.^{26,27} Observa-se, portanto, que a provável e futura não adequação do uso de cuidados pré-natais estará associada a fatores sociais e econômicos. Isso, de certa forma, deverá complicar ainda mais as soluções para que sejam construídos os modelos apropriados e modeladores de melhores resultados na atividade cotidiana para serem oferecidas à mulher brasileira.²⁸

Os serviços obstétricos devem ser periodicamente avaliados e ter o apoio de hospitais gerais com UTI disponíveis, possuírem hemocentro e leitos especiais para gestantes de alto risco.²⁹ Os hospitais devem realizar treinamentos periódicos, reuniões anatomoclínicas dinâmicas, com o fito de aprimorar suas equipes médicas e divulgar conhecimentos adquiridos.²⁹

O parto sempre será institucional, realizado em unidades de saúde adequadamente preparadas para esta finalidade, através de profissionais de saúde treinados e capacitados.³⁰

CONCLUSÕES

1. A pré-eclâmpsia é patologia relevante correspondendo a 11,46% (246/2122) das pacientes atendidas durante o período de estudo.
2. A patologia foi considerada clinicamente grave em 35 pacientes: 30 como iminência de eclâmpsia e cinco como eclâmpsia.
3. As pacientes consideradas graves foram medicadas com sulfato de magnésio, por de via venosa, como tratamento antiepiléptico. Houve melhora clínica de todas as pacientes. Ratifica-se, portanto, que esse esquema seja estimulado para ser utilizado como tratamento eletivo em pacientes com iminência de eclâmpsia e em eclâmpsia.
4. Confirmaram-se as dificuldades assistenciais às pacientes que apresentavam hipertensão arterial preexistente à gravidez.
5. Comparando-se ambos os grupos de PAD (≥ 110 e < 110), há maior gravidade em pressões superiores a 110 mmHg em casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia ($p < 0,001$) e em complicações tardias ($p = 0,009$).
6. Os valores médios dos índices de Apgar no primeiro minuto ($p < 0,001$) e quinto minuto ($p = 0,007$) tiveram melhores resultados para os recém-nascidos de pacientes para PAD < 110 mmHg.

REFERÊNCIAS

1. Peraçoli JC, Parpinelli MA. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27:627-34.
2. Saas N, Atallah NA. Fisiopatologia da pré-eclâmpsia. *Hipertensão.* 2005; 8:103-6.
3. Neme B, Parpinelli MA. Doença hipertensiva específica da gestação: pré-eclâmpsia: clínica e assistência In: Neme B, editor. *Obstetrícia básica.* 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 274-84.
4. Neme B, Parpinelli MA. Doença hipertensiva específica da gravidez: introdução e considerações gerais. In: Neme B, editor. *Obstetrícia básica.* 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 250-61.
5. Brown MA, Reiter L, Smith B, Buddle ML, Morris R, Whitworth JA. Measuring blood pressure in pregnant women: a comparison of direct and indirect methods. *Am J*

6. Pritchard JA, Cunningham FG, Pritchard SA. The Parkland Memorial Hospital protocol for treatment of eclampsia: evaluation of 245 cases. *Am J Obstet Gynecol.* 1984; 148:951-63.
7. Neme B, Alves EA. Doença hipertensiva específica da gravidez: eclâmpsia. In: Neme B, editor. *Obstetrícia básica.* 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 284-91.
8. Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.* 10ª rev. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a classificação de Doenças em Português; 1995. v. 1.
9. Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. *J Pediatr.* 1978; 93:120-2.
10. Battaglia FC, Lubchenko LO. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. *J Pediatr.* 1967; 71:159-63.
11. Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of newborn infant. *Curr Res Anesth Analg.* 1953; 32:260-7.
12. Srinivasan G, Pildes RS, Cattamanchi G, Voora S, Lilien LD. Plasma glucose values in normal neonates. A new look. *J Pediatr.* 1986; 109:114-7.
13. Porter ML, Denis BL. Hyperbilirubinemia in the term newborn. *Am Fam Physician.* 2002; 65:599-606, 613-4.
14. Santillo H, Carvalho GC, Alves DSN, Neumann, ZA, Formiga Filho JNF. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna.* Brasília, DF; 1994.
15. Rosner B. *Fundamentals of biostatistics,* 2nd ed. Boston: Duxbury; 1986.
16. Cecatti JG, Calderon IRMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção de mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27:357-65.
17. Bortolotto MRFL, Bortolotto LA, Zugaib M. Hipertensão e gravidez: fisiopatologia. *Hipertensão.* 2008; 11:9-13.
18. Peraçoli JC, Martins RAR, Cruz MSP, Peraçoli MTS. Aspectos imunológicos da interação materno-fetal. *Femina.* 2003; 31:247-51.
19. Oliveira CA, Lins CA, Sá RAM, Netto HC, Bornia RG, Silva NR et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2006; 6:93-8.
20. Valadares Neto JD, Bertini AM, Taborda WC, Parente JV. Tratamento da eclampsia: estudo comparativo entre o sulfato de magnésio e a fenitoína. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2000; 22:543-9.
21. Souza ASR, Amorim MMR, Costa AAR. Tratamento anti-hipertensivo na gravidez baseado em evidências. *Femina.* 2008; 36:635-45.
22. Rodie VA. Pre-eclampsia and eclampsia: pathophysiology and treatment options. *Rev Bras Hipertens.* 2006; 13:88-95.
23. Ferrão MHL, Pereira ACL, Gersgorin HCTS, Paula TAA, Correa RRM, Castro ECC. Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. *Rev Assoc Med Bras.* 2006; 52:390-4.
24. Calderon IMP, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28:310-5.
25. Dusse LMS, Vieira LM, Carvalho MG. Revisão sobre alterações hemostáticas na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). *J Bras Patol Med Lab.* 2001; 37:267-72.
26. Gadonski G, Antonello ICF, Paula LG, Costa BEP, Figueiredo CEP. Hipertensão arterial na gravidez: avanços no tratamento ambulatorial. *Hipertensão.* 2008; 11:27-31.
27. Cavalli RC, Sandrim VC, Santos JET, Duarte G. Predição da pré-eclâmpsia. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31:1-4.
28. Silva JLP, Cecatti JG, Serruya SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27:103-5.
29. Boyaciyan K, Marcus PAF, Vega, CEP, Barbosa AS, Pazero LC. Mortalidade materna na cidade de São Paulo de 1993 a 1995. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1998; 20:13-8.
30. Alencar Jr CAA. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28:377-9.

Eleições

Idelma Ribeiro de Faria

Dentre os embates de punhais e farpas
quem viu nascer a palavra confiança?
Quem vislumbrou uma pequena artéria
de puro ideal
alimentando corações?

- Não te irrites, Senhor, mas nesta liça
haverá porventura trinta justos?
Vinte?

Eu que sou pó e cinza
ainda indagarei, Senhor, perdoa.
Dez justos haverá? Ao menos cinco?

Ah, vontade de água limpa.
Um rio claro. Um mergulho profundo.