

Francisco Lázaro Pereira de Souza

Centro Universitário Lusiada (UNILUS)

Professor Doutor responsável pelo Núcleo Acadêmico de Estudos e Pesquisas em Síndromes Hipertensivas no Ciclo Gravidico Puerperal
lazarosume@yahoo.com.br

Gabriela de Oliveira Gomes

Acadêmica do Curso de Medicina
gabi_ogomes@hotmail.com

Livia Bruno Vidal

Acadêmica do Curso de Medicina
livia.bruno.vidal@gmail.com

Marcelo Rodrigues Boarini

Acadêmico do Curso de Medicina
marcelorboarini@gmail.com

Renata Barbosa Horita

Acadêmica do Curso de Medicina
renatacbh@gmail.com

Rodrigo Silva de Mendonça

Acadêmico do Curso de Medicina
romendonca90@hotmail.com

Tainá Peral Molina

Acadêmica do Curso de Medicina
tainaprmolina@gmail.com

Thiago Neves Kanashiro

Acadêmico do Curso de Medicina
kanashiro_thiago@hotmail.com

RESULTADOS MATERNOS E PERINATAIS DE PARTOS NORMAIS DE GESTANTES COM PRÉ-ECLÂMPسيا

RESUMO

Introdução: As doenças hipertensivas da gestação são a principal causa de morbimortalidade materna e fetal. A pré-eclâmpسيا (PE) acomete 4 a 8% de todas as gestantes^{1, 2}. De acordo com a Nacional High Blood Pressure Education Program a hipertensão na gestação é definida como pressão arterial sistólica > 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica > 90 mmHg em uma mulher portadora de pressão arterial normal. O único tratamento efetivo da PE é o parto, e sua cura ocorre somente após a retirada da placenta. Devida uma questão cultural evidenciada pelo receio das pacientes em optar pelo parto normal ou mesmo por indicação médica, as taxas de parto cesárea vêm aumentando nessas pacientes. Em condições estáveis, materna e fetal pode ocorrer o parto normal sem riscos. Este é preferível por diversos fatores, dentre eles de os distúrbios de coagulação complicarem a pré-eclâmpسيا, e o risco de sangramento e de eventos tromboembólicos^{21, 22} são maiores no parto cesárea. **Objetivo:** Identificar os resultados maternos e perinatais da parturição via vaginal das gestantes com Pré-eclâmpسيا. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo, envolvendo 524 gestantes internadas no Hospital Guilherme Álvaro (HGA) em Santos-SP, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2012, apresentando idade gestacional superior a 37 semanas. A coleta de dados foi realizada através da revisão dos prontuários de todos os partos normais realizados nas gestantes da Maternidade do HGA no período proposto. **Resultados:** Os resultados obtidos apresentados nas Tabelas, em sua maioria não diferiram entre as variáveis analisadas dos grupos estudados. As variáveis que apresentaram diferença estatística foram idade da gestante, idade gestacional no parto e início do parto. **Conclusão:** Em análise final do nosso estudo, observamos que a parturição via vaginal não apresentou malefícios ao binômio mãe – feto.

Palavras-Chave: pré-eclâmpسيا. parto normal.

ABSTRACT

Introduction: The hypertensive disorders of pregnancy are a leading cause of maternal and fetal morbidity and mortality. Pre-eclampsia (PE) affects 4-8% of all pregnant^{1, 2}. According to the National High Blood Pressure Education Program, Hypertension in pregnancy is defined as systolic blood pressure > 140 mmHg and / or pressure diastolic blood pressure > 90 mmHg in a woman who has normal blood pressure. The only effective treatment is delivery of PE and its healing occurs only after removal of the placenta. Due a cultural issue as evidenced by the fear of patients opting for delivery or even medically indicated, rates of cesarean delivery have increased in these patients. Under stable conditions, maternal and fetal normal delivery can occur without risk. This is preferred by many factors, including disorders of the coagulation complicating pre-eclampsia and the risk of bleeding events and tromboembólicos^{21, 22} are higher in cesarean section. **Objective:** To identify maternal and perinatal outcome of vaginal childbirth in pregnant women with pre-eclampsia. **Methods:** We conducted a retrospective study involving 524 pregnant women admitted in Hospital Guilherme Álvaro (HGA) in Santos-SP, in the period January 2012 to December 2012, with a gestational age of 37 weeks. Data collection was conducted by reviewing the medical records of all normal deliveries, checked through the Book of Births Control Center Obstetrics, Maternity frequent in women in the period of the proposed HGA. **Results:** The results presented in the tables, mostly did not differ among the variables of the study and control groups. Variables that showed statistical differences were age of the mother, gestational age at delivery and onset of labor. **Conclusion:** In the final analysis of our study, we found that vaginal parity showed no harm, the binomial mother – fetus.

Keywords: pre eclampsia. normal delivery.

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa

Rua Dr. Armando de Salles Oliveira, 150

Boqueirão, Santos - São Paulo

11050-071

<http://revista.lusiada.br/portal/index.php/ruep>

revista.unilus@lusiada.br

Fone: +55 (13) 3202-4100

INTRODUÇÃO

As doenças hipertensivas da gestação são a principal causa de morbimortalidade materna e fetal. A pré-eclâmpsia (PE) acomete 4 a 8% de todas as gestantes^{1, 2}, podendo desencadear um quadro hipertensivo gestacional grave e eventualmente evoluir para eclâmpsia e Síndrome HELLP.

Sabe-se que a gravidez pode induzir hipertensão arterial em mulher previamente normotensa ou agravar uma hipertensão pré-existente. De acordo com a Nacional High Blood Pressure Education Program (NHBPEP) a hipertensão na gestação é definida como pressão arterial sistólica > 140 mmHg/ou pressão arterial diastólica >90 mmHg em uma mulher portadora de pressão arterial normal. Hoje o aumento de 30 mmHg na PAS ou de 15mmHg na PAD com valores absolutos abaixo de 140/90 mmHg não é mais reconhecido, porém salienta-se que tal aumento requer maior observação, principalmente se a proteinúria e hiperuricemia estiverem presentes³.

A PE é tida como uma categoria de Síndromes Hipertensivas que ocorre geralmente após a 20ª semana de gestação, acompanhada de proteinúria (>300mg/dia ou relação proteína creatinina em amostra isolada de urina >30mg/dia ou ainda valor de uma cruz em pesquisa de proteinúria por fita reagente) sendo que o desaparecimento do quadro hipertensivo se faz até 12 semanas após o parto. É uma desordem multissistêmica, idiopática, específica da gravidez humana e do puerpério, estando relacionada a um distúrbio placentário que cursa com vasoconstricção aumentada e redução da perfusão. O edema atualmente não faz mais parte dos critérios diagnósticos da síndrome, embora frequentemente acompanhe o quadro clínico, e no caso de ausência de proteinúria suspeitar de PE quando houver elevação pressórica acompanhada de cefaléia, turvação visual, dor abdominal ou exames laboratoriais alterados, especificamente plaquetopenia e elevação de enzimas hepáticas³.

O aumento da pressão sanguínea provoca efeitos deletérios sobre os diversos sistemas, principalmente o vascular, o hepático, o renal e o cerebral. As complicações observadas nesses sistemas podem explicar a alta incidência de mortalidade fetal e materna, o que faz da PE uma das principais causas de morte no Brasil (37% das causas de morte obstétricas diretas)⁴ e em vários outros países⁵.

Estudos familiares demonstram que de 25 a 31% de filhas de mulheres com PE desenvolvem a doença. Em filhas de mulheres sem o antecedente, esse valor varia de 5 a 10%⁶. Nesse aspecto, existem fortes evidências do componente genético na etiologia da PE, justificando os estudos baseados na predição genética. Uma avaliação detalhada da paciente é imprescindível para classificá-la como de risco alto ou habitual para desenvolver PE. Dentre os fatores de risco, estão: pressão arterial diastólica entre 80 e 90 mmHg na primeira consulta, idade maior que 40 anos e primípara ou múltipara, IMC maior que 35 na primeira consulta, história familiar, nuliparidade, Diabetes Mellitus pré-existente, história pregressa de PE e anticorpo fosfolípide⁷.

A Hipertensão durante a gravidez não indica cesariana, porém habitualmente a interrupção da gravidez está indicada a termo^{6, 8}. Em alguns casos a hipertensão gestacional pode estar mascarando formas atípicas de PE, de forma que toda a investigação laboratorial para PE e suas complicações (principalmente Síndrome HELLP) está indicada⁹.

A PE pode ser classificada como leve ou grave, ou evoluir para eclâmpsia. Nos casos leves, observa-se hipertensão e proteinúria. Na PE grave, o diagnóstico é feito quando uma mulher com PE apresenta PAS maior ou igual a 160mmHg e/ou PAD maior ou igual a 110mmHg, ou manifestações visuais e/ou cerebrais persistentes, edema pulmonar e/ou cianose, alterações de enzimas hepáticas, dor em quadrante superior direito ou epigástrica, oligúria menor que 500ml/24h, creatinina elevada maior que 1, 2 mg/dL e plaquetas menor que 100.000/mm³¹⁰. De acordo com Tranquilli, em relação a proteinúria, a maioria dos pesquisadores considerou 5g o limite para definir PE grave, enquanto outros 36, 3% consideraram 3g e 9, 2% consideraram 2g. Três pesquisadores sugeriram não considerar proteinúria para definir PE grave¹¹. É importante salientar que esse problema tem um caráter dinâmico, e por vezes imprevisível, assim, mulheres classificadas como PE leve, podem eventualmente evoluir para um curso clínico grave.

O Parto

O único tratamento efetivo da PE é o parto, e sua cura ocorre somente após a retirada da placenta, assim a conduta clínica depende da gravidade da doença, idade gestacional, da condição clínica materna e do bem estar fetal. Todas as outras modalidades terapêuticas destinam-se a manter estável o quadro clínico materno e a vigiar a vitalidade fetal enquanto se aguarda a maturação pulmonar do concepto, assim, permitindo melhores taxas de sobrevivência neonatal¹².

PE Grave, quando não possível de ser gerenciada, é geralmente considerada como uma indicação para o parto, independentemente da idade gestacional, a fim de minimizar o risco de desenvolvimento de complicações mater-

no e fetal, como hemorragia cerebral, ruptura hepática, insuficiência renal, edema pulmonar, hemorragia relacionada à trombocitopenia, restrição de crescimento fetal e descolamento prematuro de placenta¹³⁻¹⁶. No caso de PE leve, mantendo-se uma vigilância rígida da vitalidade fetal, controles pressóricos e condições clínicas maternas estáveis, a gravidez poderá prosseguir até o termo.

No ensaio clínico Hypertension and Pre-eclampsia Intervention Trial At Term (HY-PITAT), comparou-se a monitorização expectante versus indução do parto em pacientes com Hipertensão Gestacional ou PE Leve. Esse estudo envolveu 756 gestantes de seis centros universitários e 32 centros não universitários, na Holanda no ano de 2009, no qual foram recrutadas mulheres primigestas, com apresentação fetal cefálica, com idade gestacional entre 36 e 41 semanas. Sugeriu-se o benefício materno com a indução do parto depois de 37 semanas¹⁷ em casos de hipertensão gestacional e PE leve, obtendo-se menor morbimortalidade materna, menor taxa de complicações como Síndrome HELLP, eclâmpsia, edema pulmonar e doenças tromboembólicas.

Via de parto

Nos dias de hoje, devido a uma questão cultural evidenciada pelo receio das pacientes em optar pelo parto normal ou mesmo por indicação médica, as taxas de parto cesárea vêm aumentando em pacientes com hipertensão durante a gestação. Porém as síndromes hipertensivas na gravidez não possuem indicação precisa de parto cesárea^{6, 13, 18-20}. As indicações de parto cesárea não ocorrem pela pré-eclâmpsia em si, mas pelo fato de ocorrerem complicações, como descolamento prematuro de placenta e alterações da vitalidade fetal, que indicam a necessidade do parto imediato. Contudo, em condições estáveis materno e fetais pode ocorrer o parto normal sem riscos. Em outras ocasiões, onde se lida com a necessidade de interrupção da gravidez imediata e o colo apresentar-se ainda muito desfavorável, sobretudo abaixo de 32 semanas, esses casos devem ser individualizados^{13, 18-20}.

Valorize-se também, que a opinião infundada de que os esforços realizados durante o trabalho de parto poderiam desencadear convulsões eclâmpicas contribuiu para a difusão de se evitar o parto normal nesta população de grávidas.

O parto normal é preferível em diversas circunstâncias, dentre elas pelo fato de os distúrbios de coagulação complicar a pré-eclâmpsia, e o risco de sangramento e de eventos tromboembólicos^{21, 22} é, evidentemente, muito maior no parto cesárea em relação ao parto normal. Além disso, se houver redução acentuada da contagem de plaquetas (abaixo de 75.000/mm³), não pode ser feita anestesia regional (raquidiana ou peridural), sendo assim no parto cesárea a necessidade de anestesia geral, com maiores riscos para a paciente e o feto²³. Dentre as vantagens do parto normal, outros pontos podem ser destacados, sendo um procedimento que apresenta menos complicações, a infecção puerperal é rara, possui um menor custo, a recuperação para a paciente é mais rápida, além de auxiliar na complementação da maturidade fetal²⁴. É importante salientar que as chances de maior sucesso do parto vaginal aumentam com o avanço da idade gestacional.

O American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) recomenda o parto vaginal para essa classe de gestantes por causa de benefícios maternos, destacando ainda a alta probabilidade de sucesso com a indução. Sugere-se que o parto vaginal é mais seguro que a cesárea em mulheres com pré-eclâmpsia e deve ser tentado, a não ser que existam outras indicações de cesariana²⁵.

Pacientes em indução a indicação de parto cesárea pode ser explicada por falha no processo ou reduzida margem de tolerância dos obstetras. Mulheres com pré-eclâmpsia, em comparação com controles sem pré-eclâmpsia, tiveram aumento de quatro vezes no risco de falha da indução e aumento de duas vezes na taxa de cesárea²⁴. A indução geralmente é segura para o conceito, mesmo o de baixo peso com restrição do crescimento fetal²⁶.

O parto cesárea é um procedimento que se tornou mais seguro devido o uso de medicações eficazes que previnem as suas principais complicações, como a infecção puerperal, a hemorragia e as complicações anestésicas²⁴, e quando planejado possui benefícios como conveniência, maior segurança para o recém-nascido, menos trauma no assoalho pélvico da gestante, que, além disso, conta com a vantagem de não passar pela dor do parto. As potenciais desvantagens descritas em estudos observacionais incluem maior morbimortalidade materna, efeitos psicológicos adversos, problemas em futuras gestações, como ruptura da cicatriz uterina, morbidade neonatal²⁴ e acretismo placentário²⁷.

No Brasil a taxa de cesarianas alcança níveis alarmantes, incluindo situações consideradas como risco habitual. Dados de 1970, de alguns hospitais vinculados ao Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social (Inamps), identificaram taxas médias de cesárea de 14,6%, ascendendo a 32% em 1980 nesses mesmos hospitais, com grande diversidade entre eles. A partir de então, a proporção de nascimentos pela via cirúrgica continuou em ascensão, alcançando taxas nacionais de 38% em 2000 e 52% em 2010, segundo o Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)²⁸. Assim, nessa realidade é especialmente desafiador modificar a cultura médica e da

própria população, em incentivar a parturição por via vaginal em grávidas com desordens hipertensivas, particularmente a pré-eclâmpsia, mesmo em oposição as varias recomendações especializadas citadas neste trabalho²⁹.

Assim, sugere o nosso trabalho avaliar os possíveis riscos desta modalidade de parto, em gestantes com pré-eclâmpsia a partir da avaliação dos resultados perinatais. Acreditamos, que mesmo de maneira discreta, poderíamos contribuir para essa discussão, afinal, o desfecho favorável para a genitora e para o recém-nascido, é o produto almejado pela obstetria.

Objetivo Geral

Identificar os resultados maternos e perinatais da parturição via vaginal das gestantes com Pré-eclâmpsia.

Objetivos Específicos

Determinar diferenças entre o grupo controle e de estudo com relação a intercorrências no puerpério, diagnóstico de infecção materna e necessidade de internação da genitora em Unidade de Terapia Intensiva.

Determinar diferenças entre o score de Apgar do primeiro e quinto minuto entre o grupo controle e grupo de estudo, bem como as complicações neonatais e os dias de internação dos recém nascidos.

Métodos

Foi realizado um estudo retrospectivo, envolvendo 524 gestantes internadas no Hospital Guilherme Álvaro (HGA) em Santos-SP, no período compreendido entre janeiro de 2012 a dezembro de 2012, apresentando idade gestacional superior a 37 semanas.

A coleta de dados foi realizada através da revisão dos prontuários de todos os partos normais, verificados através do Livro de Controle de Partos do Centro Obstétrico, realizados nas gestantes da Maternidade do HGA no período proposto. Dentre as 524 gestantes selecionadas, 64 prontuários não foram encontrados pelo SAMI e, portanto, foram excluídos da pesquisa. Em um total de 460 prontuários selecionados, 12 prontuários foram selecionados para o grupo de estudo, sendo de gestantes com pré-eclâmpsia que deram a luz por parto normal e 12 prontuários para o grupo controle, sendo as gestantes que tiveram parto normal subsequente ao do grupo de estudo.

Após a seleção dos casos foram analisados os prontuários da genitora e do recém-nascido.

Grupo de Estudo

Os critérios de inclusão para o grupo de estudo foram: gestação com feto único e vivo, idade gestacional (IG) acima de 37 semanas definida pela data da última menstruação (DUM), idealmente confirmada por Ultrassonografia realizada antes da 20ª semana, pacientes com pré-eclâmpsia leve, sendo o estado hipertensivo caracterizado seguindo as recomendações do NHBPEP (2000)¹⁰, ou seja, pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg – aferidas em duas situações distintas após a 20ª semana gestacional e que desapareceu até 12ª semana pós parto, em uma mulher portadora de pressão arterial normal – associada a proteinúria, ou pesquisa de proteinúria por fita reagente com mais de uma cruz³⁰. Os critérios de exclusão para este grupo foram: gemelaridade, idade gestacional abaixo de 37 semanas e prontuários incompletos ou perdidos.

Variáveis maternas

As variáveis analisadas caracterizando a população materna do grupo de estudo antes do parto incluíram diagnóstico obstétrico de normalidade e patológico atual, antecedentes obstétricos e perinatais, trabalho de parto se espontâneo ou induzido, e sua respectiva indicação (materna ou fetal), bem como se estava de acordo com o protocolo de indução. Se indicação materna, classificamos a Síndrome Hipertensiva em PE Grave, PE Leve, Descompensação Clínica ou PE Sobreposta, e a maneira pela qual foi feita o diagnóstico (proteinúria de 24 horas, pesquisa de proteinúria por fita reagente ou Urina 1). Além disso, quantificamos o nível de proteinúria, em valores variando de 0,3g a níveis

superiores de 5,0g. Foi questionado o uso de Sulfato de Magnésio e o momento de administração (antes, durante o parto ou na fase puerperal) e se houve necessidade do uso de hipotensores de ação rápida, como a Hidralazina. Se a indicação de indução foi fetal, avaliamos se houve alteração da vitalidade e se ocorreram intercorrências obstétricas durante o trabalho de parto.

Na caracterização dessas pacientes durante o puerpério, avaliamos se ocorreram intercorrências como hemorragia, crise hipertensiva, convulsão e infecção. Quantificamos os dias de internação da genitora e se houve necessidade de internação em UTI.

Variáveis Perinatais

As variáveis perinatais analisadas incluíram o peso do recém-nascido, presença de líquido amniótico meconial no parto, avaliação do APGAR no primeiro e quinto minuto, necessidade de assistência terapêutica no recém-nascido, complicações respiratórias e não respiratórias. Quantificamos os dias de internação do recém-nascido e se houve necessidade de internação em UTI.

Grupo Controle

Os critérios de inclusão para o grupo controle foram: gestação com feto único e vivo, idade gestacional acima de 37 semanas definida pela DUM, idealmente confirmada por ultrassonografia realizada antes da 20ª semana, que evoluíram para parto normal, ausência de hipertensão e/ou outras comorbidades. Os critérios de exclusão para este grupo foram: gemelaridade, idade gestacional abaixo de 37 semanas, prontuários incompletos ou perdidos, presença de colagenoses, diabetes clínica ou gestacional, tabagismo e malformações fetais.

Variáveis Maternas

As variáveis analisadas da população materna do grupo controle antes do parto incluíram diagnóstico obstétrico de normalidade e patológico atual, antecedentes obstétricos e perinatais, trabalho de parto se espontâneo ou induzido, e sua respectiva indicação (materna ou fetal), bem como se estava de acordo com o protocolo de indução. No período puerperal avaliamos se ocorreram intercorrências como hemorragia, crise hipertensiva, convulsão e infecção. Quantificamos os dias de internação da genitora e se houve necessidade de internação em UTI.

Variáveis Perinatais

As variáveis perinatais caracterizando os recém-nascidos do grupo controle incluíram o peso do recém-nascido, presença de líquido amniótico meconial no parto, avaliação do score de APGAR no primeiro e quinto minuto, necessidade de assistência terapêutica no recém-nascido, complicações respiratórias e não respiratórias, dias de internação do recém-nascido e se houve necessidade de internação em UTI.

Aspectos Estatísticos

Para comparar os grupos estudados quanto às variáveis numéricas de interesse, aplicou-se o teste t de Student para amostras não relacionadas e quanto às variáveis categóricas de interesse, aplicou-se o Teste exato de Fisher.

Aspectos Éticos

O presente estudo, cadastrado na Plataforma Brasil no dia 05 de novembro de 2013, passou por análise do Comitê de Ética da Fundação Lusíada em reunião no dia 16 de dezembro de 2013, obtendo o parecer de aprovação.

Resultados

Os resultados obtidos, apresentados nas Tabelas (anexo), permitem afirmar que os grupos estudo e controle diferem quanto as variáveis numéricas de idade e idade gestacional no parto, e a variável categórica do início de trabalho de parto.

Ao analisar a idade das gestantes, observado na Tabela 01, encontrou-se uma diferença na média entre os grupos controle e estudo de aproximadamente 5 anos. A média de idade do grupo controle foi de 24, 33 e do grupo de estudo foi de 29, 58.

Na Tabela 02, ao comparar a idade gestacional no parto, notou-se uma diferença na média do grupo de estudo em relação ao grupo controle de aproximadamente uma semana. A média da idade gestacional no parto do grupo controle foi de 39, 43 semanas, comparado ao grupo de estudo que obteve média de 38, 51 semanas. A Tabela 03 mostra a significância estatística dos dados: idade da gestante ($p=0,054$) e idade gestacional do parto ($p=0,069$).

Os valores no score Apgar do primeiro e quinto minutos não tiveram nível de significância entre os grupos.

A Tabela 04 ilustra a diferença no início de trabalho de parto entre os grupos controle e estudo. O início de trabalho de parto espontâneo, esteve presente em oito gestantes do grupo controle e duas gestantes no grupo de estudo. O início do trabalho de parto induzido ocorreu em quatro gestantes pertencentes ao grupo controle e dez gestantes do grupo de estudo.

A Tabela 05 avalia o período de internação da gestante tanto no grupo controle quanto no grupo de estudo. Nota-se que no grupo de estudo, quatro gestantes permaneceram internadas no período de 0 a 3 dias, quatro no período de 4 a 7 dias e quatro por mais que 7 dias. Já no grupo controle, observamos dez gestantes internadas no período de 0 a 3 dias, uma no período de 4 a 7 dias e uma por mais de 7 dias.

A Tabela 07 mostra a distribuição quanto ao número de paridades, ilustra que quatro nulíparas e oito multíparas encontravam-se no grupo controle. No grupo de estudo, três nulíparas e nove multíparas fizeram parte da pesquisa.

A Tabela 08, referente ao tipo de Pré-eclâmpsia diagnosticada nas gestantes, mostra que das doze grávidas do grupo de estudo, nove apresentaram Pré-eclâmpsia e quatro apresentaram Pré-eclâmpsia sobreposta. Na Tabela 09 observa-se a maneira pela qual foi feita o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Observando os resultados da Tabela 10, percebe-se que no grupo controle apenas uma gestante foi induzida com o uso de misoprostol, uma com misoprostol seguido de Ocitocina e duas gestantes com Ocitocina. Já no grupo de estudo, seis gestantes foram induzidas com misoprostol, três com misoprostol seguido de Ocitocina e uma foi induzida com Ocitocina. A Tabela 11 referente à adequação do procedimento de indução ao protocolo local mostra que todas as pacientes de ambos os grupos seguiram ao protocolo.

A Tabela 12 ilustra que quatro pacientes do grupo controle realizaram a indução ao parto por indicação materna, do mesmo modo que as dez pacientes do grupo de estudo realizaram a indução ao parto por indicação materna.

A Tabela 15 mostra que não ocorreu nenhuma intercorrência obstétrica no trabalho de parto em ambos os grupos estudados e foi observado na Tabela 16, que no grupo de estudo duas gestantes apresentaram líquido meconial no parto e dez não apresentaram. Deve-se assinalar que os dois casos de presença de mecônio no parto coincidem com o grupo de grávidas do grupo de estudo, não induzidas com 37 semanas, mas que deram a luz após essa idade gestacional.

Quanto à presença de complicações respiratórias a Tabela 17 mostra que apenas 1 paciente apresentou taquipnéia respiratória. No grupo de estudo, 1 recém-nascido evoluiu com Síndrome de aspiração meconial, pertencente ao grupo cujo parto não foi induzido com 37 semanas.

Quanto à presença de complicações neonatais, a Tabela 18 ilustra que não houve nenhuma complicação neonatal no grupo controle. No grupo de estudo, um recém-nascido apresentou síndrome de aspiração meconial e outro apresentou toco-traumatismo.

Na Tabela 19, foi avaliado o peso do recém-nascido em ambos os grupos, sendo que todos os neonatos apresentaram um peso maior de 2500g. Na Tabela 20, avaliamos o score de Apgar no primeiro e no quinto minuto de ambos os grupos, sendo que não foram constatadas diferenças significativas entre os grupos estudados ($p=0,913$ no primeiro minuto e $p=0,831$ no quinto). Embora os scores mais baixos integraram o grupo de estudo no primeiro e quinto minuto.

A Tabela 21 mostra que não houve intercorrências no puerpério tanto no grupo controle quanto no grupo de estudo. Assim como a Tabela 22 mostrou que não houve diagnóstico de infecção no grupo controle e no grupo de estudo.

Na Tabela 23, avaliou-se a necessidade de assistência terapêutica ao RN. Observa-se que no grupo de estudo, não houve indicação de assistência. Já no grupo controle, dois recém-nascidos necessitaram do uso de oxigênio inalatório.

Nas Tabelas 24 e 25, nota-se que não houve indicações de internação em Unidade de Terapia Intensiva para genitora e o neonato em ambos os grupos estudados.

A Tabela 26 avalia o número de dias de internação do recém-nascido do grupo controle e do grupo de estudo. No grupo de estudo, nove recém-nascidos permaneceram internados de 0 a 3 dias e três permaneceram internados de 4 a 7 dias. No grupo controle, observa-se que onze recém-nascidos estiveram internados durante o período de 0 a 3 dias e apenas um permaneceu internado de 8 a 14 dias.

Discussão

No presente estudo, o achado de partos normais em pacientes com pré-eclâmpسيا foi de aproximadamente 2, 85% dos prontuários avaliados, totalizando doze gestantes. Todas as pacientes foram diagnosticadas através da aferição da pressão arterial sistólica > 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica > 90 mmHg, e pesquisa de proteinúria por fita reagente ou Proteinúria de 24 horas. Na Tabela 8, observamos que nove gestantes foram diagnosticadas com pré-eclâmpسيا leve e quatro pacientes, portadoras de hipertensão arterial crônica, com pré-eclâmpسيا sobreposta. O diagnóstico foi feito principalmente por pesquisa de proteinúria em fita reagente, ocorrendo em nove gestantes versus três gestantes que foram diagnosticadas por Proteinúria de 24 horas. Durante a nossa pesquisa, encontramos registros de gestantes que apresentaram picos hipertensivos, com pressão sistólica acima de 140 mmHg, e diastólica acima de 90 mmHg, porém não apresentaram nenhum método laboratorial para a confirmação do diagnóstico.

Analisando a Tabela 01, foi demonstrado que as gestantes inclusas no grupo controle apresentaram menor faixa etária, com uma média de 24 anos, quando comparadas as do grupo de estudo. Isto pode indicar que a idade materna superior a 30 anos constitui um fator de risco para entidade nosológica em questão. Esta variável também foi analisada em um estudo que mostra que dados norte-americanos, o qual sugere que o risco para pré-eclâmpسيا aumenta em 30% para cada ano adicional de idade acima de 34 anos. As parturientes jovens, ou seja, com menor idade materna, não pareciam afetar o risco de desenvolver pré-eclâmpسيا^{31, 32}. Portanto, os dados obtidos neste trabalho estão de acordo com o estudo citado.

A Tabela 03 mostra a significância estatística de dois parâmetros analisados no nosso estudo, sendo $p = 0,054$, para idade da gestante, e $p = 0,069$, idade gestacional no parto. Diferentemente da literatura que considera somente significância estatística em $p < 0,05$, o nosso estudo lidou com uma pequena amostra, e desse modo é possível usar valores $p > 0,05$ e $p < 0,1$.

A prevalência de pré-eclâmpسيا em pacientes nulíparas está em torno de 2% e 7%^{33, 34} e de 14% em pacientes múltiparas³⁵, no presente estudo o número de gestantes múltiparas, no grupo de estudo, foi maior que de gestantes nulíparas, sendo de nove gestantes versus três gestantes, respectivamente. Ao analisar a Tabela 07, o número de paridades entre as pacientes do grupo de estudo e controle, não houve diferença significativa entre ambos. O grupo controle apresentou oito pacientes múltiparas e quatro pacientes nulíparas. Este fato apresenta-se relevante na nossa pesquisa diante das complicações maternas e perinatais em que a paciente múltipara pode apresentar em relação a paciente nulípara. Alguns efeitos adversos apontados na literatura relacionados à alta paridade incluem a má apresentação fetal, descolamento prematuro de placenta, trabalho de parto disfuncional e hemorragia pós-parto³⁶.

Ao analisar o início de trabalho de parto, exposto na Tabela 04, e a idade gestacional no parto mostrado na Tabela 02. O grupo controle apresentou oito partos espontâneos, enquanto o grupo de estudo apresentou dois casos. Quatro partos foram induzidos no grupo controle versus dez no grupo de estudo, apresentando uma significância estatística de $p = 0,036$. A idade gestacional média no parto no grupo controle foi de 39, 43 semanas, e no grupo de estudo^{38, 51}. A literatura preconiza que em pacientes com pré-eclâmpسيا leve e idade gestacional acima de 36 semanas, interrompa-se a gestação, se possível através da indução do trabalho de parto³⁷. Desse modo, em nosso estudo observou-se que as pacientes do grupo de estudo apresentaram um maior número de partos induzidos e uma menor idade gestacional quando comparado ao grupo controle. A indicação de indução nas gestantes no grupo controle ocorreu devido ao pós-datismo, que gerou uma média de idade gestacional maior no grupo controle quando comparado ao grupo de estudo.

Como predito, Koopmans e colaboradores (2009) desenvolveram o estudo HYPITAT17, compararam a indução do trabalho de parto versus conduta expectante em pacientes com PE Leve e Hipertensão Gestacional, com idade gestacional entre 36 e 41 semanas. Estes comprovaram que no grupo de indução ocorreram menos complicações maternas graves, sem diferença na taxa de parto cesárea ou complicações perinatais. De acordo com dados levantados no nosso serviço de um total de doze pacientes do grupo de estudo, dez pacientes foram induzidas ao trabalho de parto, e somente duas tiveram conduta expectante, sendo que estas apresentaram idade gestacional de 40 semanas e foi identificada a presença de líquido amniótico meconial no parto de ambas, este dado pode ser visualizado na Tabela 16. Já na Tabela 17, foi demonstrado que somente um desses recém-nascidos, apresentou Síndrome de Aspiração Meconial. Diferentemente das pacientes que foram induzidas, onde a idade gestacional variou de 37 semanas e 2 dias a 38 semanas e 5 dias, e a indução foi indicada por causa materna, não ocorrendo presença de intercorrências obstétricas ou líquido meconial no parto em nenhuma das paciente. A presença de líquido amniótico com mecônio é considerada como um indicativo de asfixia fetal, principalmente em vigência de hipóxia ou acidose³⁸, embora não determinante. O fato de o RN, pertencente à conduta expectante, ter desenvolvido a Síndrome Aspiração Meconial, nos faz refletir sobre o benefício da conduta de indução naquelas pacientes com pré-eclâmpsia e idade superior a 37 semanas.

Ao comparar os dias de internação das gestantes do grupo estudo, identificamos que o tempo de internação das grávidas que tiveram parto espontâneo foi menor do que aquelas induzidas. As pacientes induzidas tiveram em média de 4 a 7 dias de internação, enquanto as pacientes que tiveram o parto espontâneo tiveram 3 dias de internação. Das gestantes que foram induzidas, uma foi induzida somente com ocitocina, sendo esta tendo 3 dias de internação, cinco foram induzidas com misoprostol, e três com ocitocina e misoprostol. O maior tempo de internação das pacientes induzidas deve-se ao fato de que o protocolo seguido pelo nosso serviço para indução com misoprostol, seja de 25mg de misoprostol de 6 em 6 horas por via vaginal, até 72 horas. Em todas as pacientes o protocolo foi seguido, como observado na Tabela 11.

Quando comparamos a variável dias de internação da genitora entre os grupos estudo e controle, na Tabela 05, foi observado que as gestantes do grupo de estudo permaneceram mais dias internadas, quando comparadas ao grupo controle. De acordo com Barton, J. R. ; Witlin, A. G. ; Sibai, B. M. no estudo *Mangement of mild pre-eclampsia*, fetos de mães com pré-eclâmpsia que são internadas tem um risco de morte diminuído pela metade, em comparação com os fetos das mães que não são internados no hospital. Embora os sinais clínicos de uma paciente com pré-eclâmpsia leve dêem a impressão de uma enfermidade de curso benigno, tanto o feto como a gestante, podem subitamente desenvolver complicações graves o suficiente para resultarem em óbito³⁷, portanto devem ser hospitalizadas para acompanhamento em unidade de gestação de alto risco.

Diversas variáveis maternas não diferiram estatisticamente entre o grupo controle e estudo, e desse modo apresentam um fator positivo para o nosso grupo de estudo. Dentre essas variáveis podemos citar às intercorrências no puerpério, presente na Tabela 21, o diagnóstico de infecção no puerpério, visto na Tabela 22, e a necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva, na Tabela 24. Todas essas variáveis analisadas não estiveram presentes nos grupos de estudo e controle.

Ao analisar as variáveis perinatais, a Tabela 18 mostra que ocorreram somente complicações neonatais no grupo de estudo, em dois pacientes, cujas complicações foram um Tocotraumatismo e uma Síndrome de Aspiração Meconial. Porém esses fatos não foram significativos estatisticamente. A ocorrência dessas complicações não acarretou em necessidade de Assistência terapêutica e internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, como visto nas Tabelas 23 e 25, respectivamente.

Ao analisar a variável dias de internação do RN, dados presentes na Tabela 26, não houve diferença estatística entre os grupos estudo e controle. O total de onze neonatos do grupo controle permaneceram de 0 a 3 dias internados, e somente um permaneceu mais de 8 dias, sendo especificado no prontuário como sendo uma internação social. No grupo estudo nove neonatos permaneceram internados por um período de 0 a 3 dias, e três neonatos permaneceram de 4 a 7 dias. Um destes neonatos não houve especificação no prontuário o motivo de extensão da permanência hospitalar, os outros dois foram os recém-nascidos que tiveram o Tocotraumatismo e a Síndrome de Aspiração Meconial.

De acordo com as variáveis analisadas entre o grupo controle e o grupo de estudo, não houve diferenças significativas com relação às condições maternas e perinatais. Um estudo do Reino Unido demonstrou que a indução do parto vaginal em pacientes com quadros hipertensivos graves não implica necessariamente maior risco perinatal, podendo ser uma forma segura de nascimento em pacientes selecionadas³⁹.

É necessário ressaltar que serviços acadêmicos como o nosso e que propiciam assistência especializada na rede de atenção à mulher, têm um papel relevante no que tange a influenciar regionalmente para que se consiga garantir a via de parto mais segura para a gestante hipertensa, que a literatura demonstra ser a vaginal.

Um aspecto de destaque do nosso trabalho também foi a baixa adesão ao protocolo de identificação de proteinúria significativa quando da admissão de gestante hipertensa, o que contribuiria com uma linha de cuidados mais efetiva, e ainda a necessidade de reorientação profissional para o preenchimento adequado do prontuário, o que além de prejudicar a pesquisa, pode interferir com a segurança e a qualidade do atendimento prestado.

Percebe-se a possibilidade real de proporcionar o parto normal à gestante hipertensa, sendo, portanto este trabalho uma contribuição para que se consiga fomentar a cultura de uma prática obstétrica menos arraigada apenas na experiência clássica, mas aliada também com os apelos de mudança da literatura científica disponível.

Conclusão

Concluimos que, apesar da pequena amostra presente no estudo, não ocorreram resultados adversos maternos e perinatais que contraindiquem o parto normal em pacientes com pré-eclâmpسيا. Isso foi demonstrado pelas diversas variáveis maternas que não diferiram estatisticamente entre o grupo controle e estudo e, desse modo, apresentam um fator positivo para a pesquisa em questão. Dentre essas variáveis podemos citar as intercorrências no puerpério, o diagnóstico de infecção no puerpério, e a necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva, que não estiveram presentes nos grupos estudados.

As variáveis perinatais também apontaram vantagens quanto a escolha do parto normal, pois ocorreram poucas complicações neonatais no grupo de estudo, não sendo esses fatos com estatística significativa. Os dias de internação dos recém-nascidos também não diferiram em ambos os grupos, não sendo um fator que pudesse contra indicar a parturição via vaginal.

Em análise final do nosso estudo, observamos que a parturição via vaginal não apresentou malefícios ao binômio mãe - feto, mesmo com o viés de uma pequena amostra de casos. No entanto, por uma questão cultural, a indicação de parto cesárea em pacientes com pré-eclâmpسيا predomina em nosso serviço. Este fato pode ser um reflexo da escolha da paciente, bem como a própria opção de conduta do obstetra. Estudos adicionais poderão colaborar para o esclarecimento e esses resultados podem ser utilizados para orientar a adoção de práticas, que serão capazes de diminuir riscos maternos e fetais.

Referências

1. DíazMartínez LA. (The Prognosis for children of mothers with preeclampsia. Part1: short-term effects.) Arch Argent Pediatr. 2011;109 (5):423-8.
- Espanhol
2. Rafael Bueno Orcy. DIAGNOSIS, RISK FACTORS AND PATHOGENESIS OF PREECLAMPSIA. Rev HCPA 2007;27 (3)
3. Sass, N. Carmano, L. Moron, A. F. Hipertensão arterial e Nefropatias na Gravidez. Brasil 2006; 31.
4. Laurenti R, Jorge MHPM, Gottlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev Bras Epidemiol. 2004;7 (4):449-60.
5. Saftlas AF, Olson DR, Franks AL, Atrash HK, Pokras R. Epidemiology of preeclampsia and eclampsia in the United States, 1979-1986. Am J Obstet Gynecol. 1990;163 (2):460-5. .
6. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2000;183 (1):S1-22.
7. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. BMJ 2005;330 (7491):565.
8. Roberts JM, Cooper DW. Pathogenesis and genetics of preeclampsia. Lancet. 2001;357 (9249):32-6.
9. Sibai BM, Stella CL. Diagnosis and management of atypical preeclampsia-eclampsia. Am J Obstet Gynecol 2009; 200 (5): 481. e1-7.
10. Report of the national high blood pressure education program working group on high blood pressure in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2000; 183 (1): S1-S22
11. Tranquilli A. L. et al. /Preganancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health 3 (2013) 44-47
12. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. ACOG Pract Bull. 2002; (33):1-9.

13. ACOG Committee on Practice Bulletins--Obstetrics. ACOG practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Number 33, January 2002. *ObstetGynecol* 2002; 99:159.
14. Heard AR, Dekker GA, Chan A, et al. Hypertension during pregnancy in South Australia, part 1: pregnancy outcomes. *Aust N Z J ObstetGynaecol* 2004; 44:404.
15. Hauth JC, Ewell MG, Levine RJ, et al. Pregnancy outcomes in healthy nulliparas who developed hypertension. Calcium for Preeclampsia Prevention Study Group. *ObstetGynecol* 2000; 95:24.
16. Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. NICE Clinical Guideline. <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=24122>.
17. Koopmans CM, Bijlenga D, Groen H, Vijgen SM, Aarnoudse JG, Bekedam DJ, et al. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled trial. *Lancet*. 2009;374 (9694):979-88
18. World Health Organization. WHO Recommendations for Prevention and Treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva, Switzerland, 2011.
19. Seal SL, Ghosh D, Kamilya G, Mukherji J, Hazra A, Garain P. Does route of delivery affect maternal and perinatal outcome in women with eclampsia? A randomized controlled pilot study. *Am J Obstet Gynecol*. 2012; 206 (6): 484. e1-7.
20. Amorim MMR, Souza ASR, Katz L, Noronha-Neto C. Planned caesarean section versus planned vaginal delivery for severe preeclampsia. *Cochrane Protocol*. 2011. *Cochrane Database Syst Rev*. (11): CD009430.
21. Greer IA. Thrombosis in pregnancy: maternal and fetal issues. *Lancet*. 1999; 353: 1258-65.
22. Eldor A. The use of low-molecular-weight heparin for the management of venous thromboembolism in pregnancy. *Eur J ObstetGynecolReprod Biol*. 2002; 104: 3-13.
23. Barton JR, Sibai BM. Diagnosis and management of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets syndrome. *ClinPerinatol*. 2004; 31 (4): 807-33.
24. Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica, Atenção ao Pré-Natal de baixo Risco; 5. 18.
25. ACOG Committee on Obstetric Practice. Committee opinion. Induction of labor for vaginal birth after caesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2002;99 (4):679-80.
26. Xenakis EM, Piper JM, Field N, Conway D, Langer O. Preeclampsia: is induction of labor more successful? *Obstet Gynecol*. 1997;89 (4):600-3.
27. Silver et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol*. 2006 Jun;107 (6):1226-32
28. Nassar AH, Adra AM, Chakhtoura N, Gómez-Marín O, Beydoun S. Severe preeclampsia remote from term: labor induction or elective cesarean delivery? *Am J ObstetGynecol*. 1998;179 (5):1210-3.
29. Ministério da Saúde, As cesarianas no Brasil: situação de 2010, tendências e perspectivas.
30. Wallis AB et al. Secular Trends in the Rates of pre-eclampsia, Eclampsia, And Gestational Hypertension, United States, 1987-2004. *American Journal of Hypertension*, 2008; 21 (5): 521-6.
31. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ* 2005;330 (7491):565.
32. Chibber RM. Severe preeclampsia and the very-low-birth-weight infant. The controversy over delivery mode continues. *J Reprod Med* 2002; 47 (11):925-30
33. Hauth JC, Ewell MG, Levine RL, Esterlitz JR, Sibai BM, Curet LB. Pregnancy outcomes in healthly nulliparas women who subsequently developed hypertension. *ObstetGynecol* 2000; 95:24-8.
34. Knuist M, Bonsel GJ, Zondervan HA, Trefferas PE. Intensifications of fetal and maternal surveillance in pregnant women with hypertensive disorders. *Int J GynecolObstet* 1998; 61:127.
35. Hnat MD, Sibai BM, Caritis S, Hauth J, Lindheimer MD, MacPherson C. Perinatal outcome in women with recurrent preeclampsia compared with women who develop preeclampsia as nulliparas. *Am J ObstetGynecol* 2002; 186:422-6.
36. Aliyu MH et al. High parity adverse birth outcomes: exploring the maze. *Birth*. 2005 Mar;32 (1):45-59
37. Barton, J. R. ; Witlin, A. G. ; Sibai, B. M. Management of mild pre-eclampsia. *Clin. Obstet. Gynecol.* , v. 42, p. 455-469, 1999.
38. Holtzman RB, Banzhaf WC, Silver RK et al. Perinatal management of meconium staining of the amniotic fluid. *Clinic Perinatology*, n. 6, 1989; 825-38

39. Wallis AB et al. Secular Trends in the Rates of pre-eclampsia, Eclampsia, and Gestational Hypertension, United States, 1987-2004. American Journal of Hypertension 2008; 21 (5): 521-6.

Anexo A – Tabelas

Tabela 01: Medidas descritivas das variáveis Idade materna

Grupo		Idade
Controle	Média	24,33
	Desvio-padrão	5,48
	Mínimo	18,00
	Máximo	33,00
Estudo	Média	29,58
	Desvio-padrão	7,06
	Mínimo	18,00
	Máximo	39,00

Tabela 02: Medidas descritivas das variáveis Idade gestacional no parto

Grupo		Idade gestacional no parto
Controle	Média	39,43
	Desvio-padrão	1,27
	Mínimo	37,14
	Máximo	41,14
Estudo	Média	38,51
	Desvio-padrão	1,07
	Mínimo	37,29
	Máximo	40,14

Tabela 03: Resultados da comparação entre os grupos.

Variável	Nível descritivo	Diferença	Intervalo de confiança	
Idade	0,054	5,250	0,122	10,622
Idade gestacional no parto	0,069	-0,915	-0,078	1,910
Apgar1'	0,913	-0,083	-1,668	1,500
Apgar5'	0,831	-0,083	-0,893	0,727

Tabela 4: Distribuição de cada grupo quanto à variável Início do trabalho de parto.

Início de trabalho de parto	Grupo		
	Controle	Estudo	Total
Espontâneo	8	2	10
Induzido	4	10	14
Total	12	12	24

p(0,036)

Tabela 05: Distribuição de cada grupo quanto à variável Dias de internação – genitora.

Dias de Internação Genitora	Grupo		
	Controle	Estudo	Total
0 a 3 dias	10	4	14
4 a 7 dias	1	4	5
> 7 dias	1	4	5
Total	12	12	24

p(0,090)

Tabela 6: Distribuição de cada grupo quanto à variável Etnia.

Cor	Grupo		Total
	Controle	Estudo	
Branca	10	5	15
Parda	1	5	6
Negra	1	2	3
Total	12	12	24

p(0.122)

Tabela 07: Distribuição de cada grupo quanto ao numero de paridades

Número de gestações	Grupo		Total
	Controle	Estudo	
Nulípara	4	3	7
Multípara	8	9	17
Total	12	12	24

Tabela 08: Distribuição de cada grupo quanto à variável Diagnóstico do tipo de Pré-eclâmpsia.

Diagnóstico	Grupo		Total
	Controle	Estudo	
PE	0	9	9
PE sobreposta	0	4	4
Total	12	12	24

Tabela 09: Distribuição de cada grupo quanto ao método de diagnostico de proteinúria

Diagnóstico feito por	Grupo		Total
	Controle	Estudo	
Proteinúria de 24 horas	0	3	3
Pesquisa por fita reagente	0	9	9
Total	0	12	12

Tabela 10: Distribuição de cada grupo quanto ao método da indução.

Indução com	Grupo		Total
	Controle	Estudo	
Misoprostol	1	6	7
Misoprostol seguido de Ocitocina	1	3	4
Ocitocina	2	1	3
Total	4	10	14

Tabela 11: Distribuição de cada grupo quanto à adequação do procedimento de indução ao protocolo local.

De acordo com o protocolo	Grupo		Total
	Controle	Estudo	
Sim	4	10	14
Não	0	0	0
Total	4	10	14

Tabela 12: Distribuição de cada grupo quanto à variável Indicação da indução.

Indicação da indução	Grupo		Total
	Controle	Estudo	
Materna	4	10	14
Fetal	0	0	0
Total	4	10	14

Tabela 13: Distribuição de cada grupo quanto à variável Uso do sulfato de magnésio.

Uso de sulfato de magnésio	Grupo		Total
	Controle	Estudo	
Sim	0	0	0
Não	12	12	24
Total	12	12	24

Tabela 14: Distribuição de cada grupo quanto à administração de Hipotensores de ação rápida.

Hipotensores de ação rápida	Grupo		Total
	Controle	Estudo	
Sim	0	0	0
Não	12	12	24
Total	12	12	24

Tabela 15: Distribuição de cada grupo quanto à variável Intercorrências obstétricas no trabalho de parto.

Intercorrências no trabalho de parto	Grupo		Total
	Controle	Estudo	
Sim	0	0	0
Não	12	12	24
Total	12	12	24

Tabela 16: Distribuição de cada grupo quanto à variável Líquido meconial no parto.

Líquido Meconial no Parto	Grupo		Total
	Controle	Estudo	
Sim	0	2	2
Não	12	10	22
Total	12	12	24

p(0,999)

Tabela 17: Distribuição de cada grupo quanto à variável Complicações respiratórias.

Complicações Respiratórias	Grupo		Total
	Controle	Estudo	
Não	11	11	22
Síndrome de aspiração meconial	0	1	1
Taquipneia respiratória	1	0	1
Total	12	12	24

p(0,999)

Tabela 18: Distribuição de cada grupo quanto à variável Complicações neonatais.

Complicações neonatais	Grupo		
	Controle	Estudo	Total
Nenhuma	12	10	22
Síndrome de aspiração meconial	0	1	1
Tocotraumatismo	0	1	1
Total	12	12	24

(p0,478)

Tabela 19: Distribuição de cada grupo quanto à variável Peso do recém-nascido.

Peso do Recém-Nascido	Grupo		
	Controle	Estudo	Total
1000 a 1500g	0	0	0
1500 a 2500g	0	0	0
>2500g	12	12	24
Total	12	12	24

Tabela 20: Distribuição de cada grupo quanto a variável score de Apgar

Grupo		Apgar1'	Apgar5'
Controle	Média	8,08	9,42
	Desvio-padrão	1,31	0,67
	Mínimo	6,00	8,00
	Máximo	10,00	10,00
Estudo	Média	8,00	9,33
	Desvio-padrão	2,26	1,15
	Mínimo	2,00	6,00
	Máximo	10,00	10,00

Tabela 21: Distribuição de cada grupo quanto à variável Intercorrências no puerpério.

Intercorrências no puerpério	Grupo		
	Controle	Estudo	Total
Sim	0	0	0
Não	12	12	24
Total	12	12	24

Tabela 22: Distribuição de cada grupo quanto à variável Diagnóstico de infecção.

Diagnóstico de infecção	Grupo		
	Controle	Estudo	Total
Sim	0	0	0
Não	12	12	24
Total	12	12	24

Tabela 23: Distribuição de cada grupo quanto à variável Assistência terapêutica ao RN.

Assistência Terapêutica ao RN	Grupo		
	Controle	Estudo	Total
Não	10	12	22
Oxigênio inalatório	2	0	2
Total	12	12	24

Tabela 24: Distribuição de cada grupo quanto à variável UTI para genitora.

UTI para Genitora	Grupo		
	Controle	Estudo	Total
Sim	0	0	0
Não	12	12	24
Total	12	12	24

Tabela 25: Distribuição de cada grupo quanto à variável UTI para neonato.

UTI para neonato	Grupo		
	Controle	Estudo	Total
Sim	0	0	0
Não	12	12	24
Total	12	12	24

Tabela 26: Distribuição de cada grupo quanto à variável Dias de internação – Recém-nascido.

Dias de Internação Recém-Nascido	Grupo		
	Controle	Estudo	Total
0 a 3 dias	11	9	20
4 a 7 dias	0	3	3
8 a 14 dias	1	0	1
Total	12	12	24

Anexo B – Ficha Pré-Estabelecida

FICHA PRÉ-ESTABELECIDADA

Nome: _____

RG/HGA: _____

Idade: _____

Estado Civil: _____

Cor: _____

Naturalidade: _____

Procedência: _____

Grupo de Estudo: ()

Grupo Controle: ()

Ficha Obstétrica(histórico de internação)

Diagnóstico Obstétrico: DON:

DOPA:

DOPP:

DCC/DG:

Antecedentes Obstétricos/Perinatais:

- () Abortos () Macrossômicos () PE + HAC () Sd. HELLP
 () Natimortos () Baixo Peso () Eclâmpsia () Obito Fetal
 () Neomortos () DPP () Hipertensão Gestacional () Gemelar
 () Prematuros () PE () Cesárea () Outros: _____

Tipo de parto: Normal ()

Início do trabalho de parto: Espontâneo ()

Induzido () : Se sim, com uso de Misoprostol ()/Ocitocina ()/

Balão extra-amniótico ()/Outro ()

Se induzido, o procedimento estava de acordo com o protocolo? Sim () Não ()

Indicação da indução: Materna () Fetal ()

Se Materna, com diagnóstico de PE Grave ()/PE Leve ()/Descompensação clínica ()/PE sobreposta () Outro ()

Diagnóstico feito por: Proteinúria 24hs () Labistix () Urina 1 ()

Nível de Proteinúria: 0.3g-0.9g () 1.0g –1.9g () 2.0g-4,9g () >5.0g ()

Se Fetal, houve Alteração de vitalidade ()/ Outro ()

Idade Gestacional no parto:

Uso de Sulfato de Magnésio: Sim () Não ()

Se Sim, foi administrado Antes do parto ()/Durante o parto ()/ No Puerpério ()

Necessidade de Hipotensores de ação rápida: Sim () Não ()

Se Sim, com uso de Hidralazina ()/ Outro ()

Intercorrências obstétricas no trabalho de parto: Sim () Não () Qual?

Recém-Nascido

Peso: 1000 a 1500g () 1500 a 2500g () >2500g ()

Líquido Amniótico Meconial no Parto: Sim () Não ()

APGAR 1'() 5' ()

Puerpério

Intercorrências: Sim () Não ()

Se Sim, Hemorragias ()/Crise Hipertensiva ()/ Convulsão ()/ Outro()

Houve diagnóstico de infecção? Sim () Não ()

Complicações maternas:

Complicações neonatais:

Assistência Terapêutica ao RN: () Reanimação () Oxigênio Inalatório

() Ventilação por pressão positiva () Intubação

() Massagem Cardíaca () Nutrição parenteral

Complicações Respiratórias: () Taquipnéia Transitória () Síndrome do Desconforto Respiratório

() Pneumotórax () Displasia broncopulmonar () Hipertensão Pulmonar ()

Broncopneumonia () Síndrome de Aspiração Meconial () Outro: _____

Complicações Não Respiratórias: () Hipoglicemia () Anemia () Sepsis () Hemorragia Peri e

Intra-vascular () Persistência do Canal Arterial () Enterocolite () Hemoconcentração () Icterícia

Patológica () Retinopatia () Plaquetopenia () Onfalite () Hérnia Inguinal ()

Outro: _____

Dias de internação:

Genitora: 0 a 3 () 4 a 7 () >8 ()

Recém-Nascido: 0 a 3 () 4 a 7 () 8 a 14 () 15 a 28 () >28 ()

Necessidade de internação em UTI:

Genitora: Sim () Não ()

Neonato: Sim () Não ()

Quantos dias?

Indicação: