

COSTA AAR. Comparison of intra and post-surgical vaginal hysterectomy versus abdominal hysterectomy in women with no genital prolapse in the resident training program of a hospital in Recife: a randomized clinical essay [master's dissertation]. Recife, Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); 2003. Supervisors: Melania M. R. de Amorim and Telma Cursino

Background: hysterectomy is one of the most commonly performed surgical procedure worldwide. Although several observational studies suggest more advantages for vaginal hysterectomy when compared with abdominal hysterectomy, randomized controlled trials comparing both techniques are rare.

Objectives: to compare intra and postoperative results of vaginal hysterectomy with those of abdominal hysterectomy in women without genital prolapse and adnexal pathology.

Methods: a randomized, open clinical trial was conducted, involving 35 patients without genital prolapse scheduled for total hysterectomy for benign disease, in IMIP, Recife, Brazil. These patients were randomly assigned to vaginal hysterectomy (19 patients) or abdominal hysterectomy (16 patients). Main outcome measures included estimated blood loss, rate of blood transfusion, duration of surgery, postoperative pain (intensity and analgesics requirement), time in hospital, postoperative complications, recovery time and patient satisfaction. Statistical analysis was performed using chi-square, Fisher's exact and Mann-Whitney tests at a 5% level of significance.

Results: estimated blood losses were significantly lower for vaginal hysterectomy (median of 520ml) than for abdominal hysterectomy (median of 902ml). There was no blood transfusion among patients in vaginal hysterectomy group, in contrast to 19% in abdominal hysterectomy group. Duration of surgery was similar (median of 120minutes in both groups). Postoperative pain as measured by visual analog scale and analgesics requirement, was lower for vaginal hysterectomy than for abdominal hysterectomy. There was no statistically significant difference in the frequency of postoperative complications. There was one case of infection in each group and one case of thrombosis in vaginal hysterectomy group. Postoperative hospital stay was similar in both groups but recovery time was significantly shorter in the vaginal group (median of 35 days) versus the abdominal group (median of 40 days). Overall patient satisfaction with operation was similar in the two groups.

Conclusions: patients without genital prolapse submitted to vaginal hysterectomy for treatment of benign diseases had some advantages in relation to those submitted to abdominal hysterectomy: lower intraoperative blood loss, lower postoperative pain and faster recovery time. Vaginal hysterectomy may replace abdominal hysterectomy in most patients who require a hysterectomy.

COSTA AAR. Comparação dos resultados intra e pós-operatórios da histerectomia vaginal versus abdominal em mulheres sem prolapso genital, em um hospital-escola do Recife: ensaio clínico randomizado [dissertação mestrado]. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); 2003. Orientadora: Melania M.R. de Amorim, Co-Orientadora: Telma Cursino.

Cenário: a histerectomia representa uma das cirurgias mais freqüentemente realizadas em todo o mundo. Apesar de diversos estudos observacionais sugerirem vantagens da histerectomia por via vaginal em relação à abdominal, são escassos os ensaios clínicos controlados comparando as duas técnicas.

Objetivos: comparar os resultados intra e pós-operatórios em pacientes sem prolapso genital ou doenças anexiais, submetidas a histerectomia vaginal ou abdominal.

Métodos: realizou-se um estudo tipo ensaio clínico aberto, randomizado, em pacientes sem prolapso genital que se submeteram a histerectomia total, indicada por doenças benignas, no IMIP, em Recife, Pernambuco. Incluíram-se 35 pacientes, alocadas aleatoriamente em dois grupos, sendo 19 submetidas a histerectomia vaginal e 16 a histerectomia abdominal. Foram estudadas as seguintes variáveis: volume de perda sangüínea, necessidade de hemotransfusão, tempo operatório, dor pós-operatória (intensidade e uso de analgésicos), tempo de permanência hospitalar, complicações operatórias, tempo de retorno às atividades e grau de satisfação das pacientes. Para análise estatística, utilizaram-se os testes qui-quadrado de associação, exato de Fisher e Mann-Whitney para comparação dos grupos, considerando-se significativo um erro alfa menor que 5%.

Resultados: o volume de sangue perdido durante as histerectomias por via abdominal (mediana de 902ml) foi significativamente maior em relação à perda durante as histerectomias vaginais (mediana de 520ml), e nenhuma paciente neste último grupo re-

queru hemotransfusão, contra 19% no primeiro grupo. A duração da cirurgia foi semelhante, com mediana de 120 minutos nos dois grupos. A intensidade da dor, verificada pelos escores da escala analógica visual, foi significativamente menor entre as pacientes submetidas a histerectomia vaginal, que também apresentaram menor frequência de utilização de analgésicos. Não houve diferença na frequência de complicações intra ou pós-operatórias entre os dois grupos, encontrando-se apenas um caso de infecção em cada grupo e um caso de TVP no grupo das histerectomias vaginais). O tempo de retorno às atividades das pacientes submetidas à histerectomia vaginal foi significativamente menor (mediana de 35 dias) em relação ao outro grupo (mediana de 40 dias). O grau de satisfação foi semelhante nos dois grupos.

Conclusões: os benefícios da histerectomia vaginal no presente estudo incluíram menor volume de perda sanguínea intra-operatória, menor intensidade da dor pós-operatória, menor frequência de solicitação de analgésicos e menor tempo de retorno às atividades após a cirurgia. A via vaginal pode substituir com vantagens a via abdominal em pacientes com indicação de histerectomia.

Katz L. Comparison of diagnostic criteria for diabetes during pregnancy in a resident training program of a maternity hospital in Recife [master's dissertation]. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); 2002. Supervisors: Marilza Vieira Rudge and Melania Amorim.

Objectives: to analyze perinatal results of patients submitted to a 100 g oral glucose tolerance test during prenatal care in IMIP. To evaluate the accuracy of glycemic levels predicting large for gestational age babies (LGA).

Methods: a cross-sectional study was conducted involving 210 pregnant patients in, attending prenatal care in IMIP, who were tested by a 100g oral glucose tolerance test (OGTT) and had a singleton, topic pregnancy, without history of diabetes or glucose intolerance before pregnancy and were delivered in IMIP. The patients were classified in one of the following categories according to the levels found in the OGTT: controls, mild hyperglycemia, Bertini's group, Carpenter's group and NDDG's group. These classes were then compared and association between the categories and hypertension, cesarean delivery, gestational age at birth, large for gestational age, macrosomics, stillbirth and mean birth weight was investigated. Median values of glycemia in the first prenatal visit (fasting) and of each one of the values

of the OGTT were determined and related to the classification of the newborn according to adequacy of weight for gestational age. The points that were more related to large for gestational age neonates were chosen and cutoff points were tested, parameters of accuracy for each one of them were then calculated.

Results: the frequency of GDM was 48,1, 18,1, and 9% according to Bertini's, Carpenter and Coustan's and NDDG criteria, respectively and mild hyperglycemia was present in 10,5%. Patients were progressively older according to the greater degree of carbohydrates intolerance. The groups did not differ regarding frequency of macrosomics, LGA, C-section, stillbirths, and birth weight. There was a slight tendency to the increase of hypertensive disorders although no significant difference was found. When considered the average values of glycemia, the values that predicted LGA were the fasting value at first prenatal visit and the fasting value of the OGTT ($p = 0,01$, $p = 0,03$). The most predictive cutoff point for prediction of LGA in these two dosages was 90 mg%.

Conclusions: prevalence of gestational diabetes was 48,1%, 18,1% e 9%, for Bertini's, Carpenter and Coustan's and NDDG's criteria and 10,5% for mild hyperglycemia. Maternal and perinatal results didn't differ significantly among the groups. Fasting glycemia at first prenatal visit and the fasting value were more predictive of LGA, and best cutoff value was 90 mg%.

Katz L. Comparação dos critérios diagnósticos para diabetes gestacional em uma maternidade-escola do Recife [dissertação mestrado]. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); 2002. Orientadoras: Marilza Vieira Rudge e Melania Amorim.

Objetivos: avaliar os resultados maternos e perinatais de pacientes submetidas a curva glicêmica com 100g de glicose no IMIP, de acordo com três diferentes critérios diagnósticos. Avaliar a acurácia dos valores de glicemia para a predição de recém-nascidos grandes para a idade gestacional (GIG).

Métodos: realizou-se um estudo tipo corte transversal, incluindo 210 pacientes em curso de pré-natal no CAM-IMIP, que realizaram um teste oral de tolerância à glicose 100 g (TOTG) e tinham gestação única, tópica, sem história de diabetes ou intolerância aos carboidratos prévia a gestação e que pariram no IMIP. Estas foram classificadas nos grupos: controles, pacientes com hiperglicemia leve, diabetes gestacional de acordo com os critérios de Bertini, de

Carpenter e Coustan e do NDDG. Analisaram-se esses grupos, buscando-se associação entre a classificação das pacientes nos grupos e a presença de distúrbios hipertensivos, a presença de recém-nascidos grandes para a idade gestacional, macrossômicos, idade gestacional no parto e as médias de peso ao nascer. Calcularam-se ainda, as médias dos valores e de cada ponto do TOTG, testando-se sua associação com a classificação dos recém-nascidos quanto à adequação do peso em relação à idade gestacional. Finalmente, escolhendo as dosagens significativas (glicemia de jejum colhida no início do pré-natal e do TOTG), avaliou-se a acurácia dos pontos de corte para a predição de recém-nascidos grandes para a idade gestacional (GIG).

Resultados: a frequência de DG de acordo com os critérios de Bertini, Carpenter e Coustan e NDDG foi de 48,1%, 18,1%, e 9%, respectivamente e a frequência de hiperglicemia leve foi de 10,5%. A idade das pacientes aumentou progressivamente de acordo com o maior grau de intolerância aos carboidratos. Os grupos não diferiram quanto à frequência de GIG, cesarianas, natimortos e médias de peso ao nascer. Houve uma tendência para o aumento da frequência de distúrbios hipertensivos, embora não significativa. Quando considerados os valores médios de glicemia, os valores preditivos de GIG foram a glicemia de jejum colhido no início do pré-natal e o valor de jejum do TOTG ($p = 0,01$, $p = 0,03$). O ponto de corte que melhor predisse a ocorrência de GIG em ambos exames foi 90 mg%.

Conclusões: a prevalência de diabetes gestacional encontrada foi de 48,1%, 18,1% e 9%, de acordo com os critérios de Bertini, Carpenter e Coustan e do NDDG, respectivamente, enquanto a frequência de hiperglicemia leve foi de 10,5%. Não se observaram diferenças significativas nos resultados maternos e perinatais entre os grupos. Os níveis glicêmicos de jejum na primeira consulta e do jejum do TOTG foram os que melhor predisseram a ocorrência de GIG, sendo o melhor ponto de corte 90 mg%.

Queiroz MJA. Prognosis factors associated to death caused by Visceral Leishmaniasis (Calazar) in children hospitalized at the Instituto Materno Infantil de Pernambuco [master's dissertation]. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); 2002. Supervisores: João Guilherme Bezerra Alves and Jailson de Barros Correia

Introduction: Visceral leishmaniasis is a infection of reticuloendothelial system resulting in fever, hepatosplenomegaly and pancytopenia and is fatal un-

less treated. Young children, severe malnutrition, long duration of illness, infection and bleeding are overrepresented among those who die.

Objectives: o determine the prognostic factors for death, the lethality and the main causes of death by Visceral Leishmaniasis (Kala-azar), in children admitted in IMIP.

Methods: the type of study carried out was a cohort retrospective using 431 children under 14 years admitted at IMIP with kala-azar, during the period of May 1996 to December 2001. The diagnosis of Visceral Leishmaniasis was supported by the identification of leishmania chagasi in smears obtained by marrow aspiration or serologically (DAT or IFA) (confirmed cases) or clinical features (hepatosplenomegaly and fever) and laboratory findings (pancytopenia) compatible with the diagnosis (probable cases). The biological, demographics, social, economics, clinical and laboratorial variables and their association with deaths were analyzed. A standard questionnaire codified for computer analysis was adopted for research. The statistical analysis was performed in Epi-info 6.0 4b and SPSS for Windows. Association between variables and death was assessed by univariable analysis and the model of multiple logistic regression to determine adjust odds ration for death, controlling confound factors. Then it was performed a model to identify the most strongly variables relate to death.

Results: the lethality was 10,2% and the death was often due infection, bleeding, anemia and liver failure. Sex, origin, mother school graduation, lack of water and sewerage system was not associated with death. Children under five years, severe malnutrition, edema, bleeding, jaundice, dyspnea, infection, blood transfusions are associated with death. Hemoglobin $< 5\text{g/dl}$, platelets $< 50.000/\text{mm}^3$ and severe neutropenia ($< 500/\text{mm}^3$) were associated with death.

Conclusions: the lethality was high and the main death causes were infection, bleeding, severe anemia and liver failure. The following risk factors for death were identified: younger age, severe malnutrition, edema, bleeding, edema, jaundice, dyspnea, infection, blood transfusions, sever anemia, neutropenia and thrombocytopenia. The most important risk factors for death were: jaundice, infection, dyspnea, severe neutropenia and thrombocytopenia.

Queiroz MJA. Fatores prognósticos associados ao óbito por leishmaniose visceral (Calazar) em crianças internadas no Instituto Materno Infantil de Pernambuco [dissertação mestrado]. Re-

cife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); 2002. Orientador: João Guilherme Bezerra Alves, Co-orientador: Jailson de Barros Correia.

Introdução: a Leishmaniose Visceral é uma infecção do sistema reticuloendotelial que resulta em febre, hepatoesplenomegalia e pancitopenia e é fatal se não for tratada. A baixa idade, malnutrição severa, longa duração da doença, infecção e hemorragia estão associadas ao óbito.

Objetivos: determinar os fatores prognósticos para o óbito, a letalidade e as principais causas associadas à morte por leishmaniose visceral (Calazar), em crianças internadas no IMIP.

Métodos: foi realizado um estudo de coorte retrospectivo, analisando-se o prontuário de 431 crianças até 14 anos que foram internadas no IMIP por Calazar durante o período de maio de 1996 a dezembro de 2001. O grupo de diagnóstico comprovado foi daquele com mielograma positivo (encontro da leishmania no esfregaço) ou com sorologia (DAT OU IFI) positiva para leishmania e o grupo provável foi de pacientes com os dois exames anteriores negativos, mas que apresentaram evidência epidemiológica, clínica (febre e esplenomegalia) e laboratorial (pancitopenia) da doença. Foi pesquisada a associação entre as variáveis biológicas, demográficas, socioeconômicas, clínicas e laboratoriais e o óbito em crianças com Calazar. Para a análise estatística, utilizaram-se os programas estatísticos Epi-info 6,04b e SPSS 6,0 para Windows. A associação entre as variáveis e óbito foi determinada por análise univariável e o modelo de regressão logística foi utilizado para determinar o Odds Ratio ajustado para o óbito, controlando os fatores de confusão. Ao final foi construído um modelo que identificou as variáveis mais fortemente associadas ao óbito.

Resultados: a letalidade global foi de 10,2% e as principais causas associadas de óbito foram infecção, hemorragia, anemia e a associação entre infecção e/ou hemorragia e/ou insuficiência hepática. Não se encontrou associação entre sexo, procedência, escolaridade materna, ausência de água ou esgotamento sanitário no domicílio e óbito. Encontrou-se um risco significativamente elevado de óbito para cada desses fatores: crianças com idade inferior a cinco anos, desnutridos graves, edema, hemorragia, icterícia, dispnéia e infecção presentes na admissão. A transfusão de hemácias ou de plasma ou de plaquetas durante o internamento também apresentou associação significativa com o óbito. O nível de hemoglobina <5/dl, contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm³ e neutropenia grave (<500/mm³) estiveram associ-

adas ao óbito.

Conclusões: a letalidade por Calazar foi alta e as principais causas associadas de óbito foram infecção, hemorragia, anemia grave e insuficiência hepática. Crianças de baixa idade, subnutridas graves com icterícia ou edema ou hemorragia ou infecção ou dispnéia ou que receberam hemoderivados durante o internamento ou com neutropenia grave e plaquetopenia tiveram maior risco de óbito. Os fatores prognósticos que se mostraram mais fortemente associados ao óbito foram: icterícia, infecção, dispnéia, neutropenia grave e plaquetopenia.

Ratis CAS. Growth and development monitoring of children attending the outpatient Department of Public Health services of the State of Pernambuco [master's dissertation]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 2003. Supervisor: Malaquias Batista Filho.

The aim of this study was to evaluate the monitoring of growth and development in a sample with 1669 children under the age of five years at 120 public health services in the state of Pernambuco (Metropolitan Region of the capital and instate regions), using data from the "Attention to Mother/Child Health" research study carried out in 1998. The evaluation considered aspects involving the structure and process concerning the capacity of the health service in actions regarding growth and development, as well as the conduct and opinions of the staff as to the detection of growth and development problems. The results obtained revealed that 84,2% of the services have scales to weigh the children and 90% possess health ID cards offered to the patients, the stock of which was sufficient in 83,3%, presenting statistically significant distributions for the geographical locations ($p < 0,05$). More than 70% of the health units have no guidelines for monitoring child growth and development. 76% of the health professionals designated for childcare in these units correspond to attendants, assistants and nurses, 23% are physicians and 1% are nutritionists. 45,9% of the total number of children treated in the state were not weighed and 83,8% did not have their measurements taken; more than 80% of the guardians received no information regarding the growth and development of their children. There was a statistically significant difference ($p < 0,01$) in the frequency of taking weight and statures measurements in the Metropolitan Region of Recife (state capital) and in instate regions. 71,5% of the 1669 children possessed health cards and brought

them to the consultation. The weight-at-birth registered on the card was verified in 86,8% of the cards analyzed, whereas the marking of the weight on the growth graph was only at 36,9%. The number of points marked on the growth graph of the card presented an association with the age of the child. On the day of consultation, the recording of the weight on the card was carried out in 59,9%. The register of development on the card was observed to be 1,2%; this number was at 5,9% on the patient's chart. Responses to a questionnaire directed specifically at the 107 health professionals responsible for childcare revealed a considerable lack of knowledge as to the concepts and practices of monitoring growth and development. The conduct adopted by the staff in the detection of growth and development problems (diet orientation, scheduling a further consultation, sending patient to another professional) represented 32,7% of the total. More than 80% of the staff considered the capacity of the service in regards to growth and development actions to be satisfactory. This study demonstrated that the promotion of child health care in an integral way, i.e. changing the focus from assistance based on pathology to attention that contemplates the child in its growth and development process, is not yet normative behavior in the public health services in the state of Pernambuco.

Ratis CAS. Monitoramento do crescimento e desenvolvimento de menores de cinco anos atendidos em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco [dissertação mestrado]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 2003. Orientador: Malaquias Batista Filho.

O estudo objetiva avaliar o monitoramento do crescimento e desenvolvimento numa amostra de 1669 menores de cinco anos em 120 serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco (Região Metropolitana e Interior), a partir de dados da pesquisa "Atenção à Saúde Materno-Infantil" realizada em 1998. A avaliação considera aspectos referentes à estrutura, ao processo, à conduta dos profissionais ao detectar problemas no crescimento e desenvolvimento e à opinião dos mesmos a respeito da resolutividade do serviço referente às ações de crescimento e desenvolvimento. Os resultados obtidos revelam que 84,2% das unidades dispõem de balanças para o atendimento das crianças; 90% possuem cartão, sendo o estoque suficiente em 83,3%, apresentando distribuições estatisticamente significantes para os espaços geográficos ($p < 0,05$). Mais de 70% das

unidades não possuem normas orientadoras do monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil. Dos profissionais destinados ao atendimento das crianças, 76% correspondem a atendentes, auxiliares de enfermagem e enfermeiros, 23% são médicos e 1% nutricionistas. No total de crianças atendidas no estado, 45,9% não foram pesadas e 83,8% não foram medidas; mais de 80% dos acompanhantes não receberam nenhuma informação sobre o crescimento e desenvolvimento de suas crianças. Há diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$) na frequência de pesagem e medida de estatura na RMR e no Interior. Das 1669 crianças, 71,5% possuíam o cartão e o levaram para a consulta. O registro do peso ao nascer na capa do cartão foi verificado em 86,8% dos cartões analisados, enquanto sua marcação no gráfico reduziu-se para 36,9%. O número de pontos marcados no gráfico de crescimento do cartão apresentou associação com a idade das crianças. No dia da consulta, o registro do peso no cartão foi efetuado em 59,9%. O registro do desenvolvimento no cartão foi constatado em 1,2% e em 5,9% dos prontuários. Em relação a um questionário específico direcionado aos 107 profissionais entrevistados responsáveis pelo atendimento da criança, as respostas traduziram um desconhecimento considerável sobre conceitos e práticas de monitoramento do crescimento e desenvolvimento. As condutas adotadas pelos profissionais na detecção de problemas no crescimento e desenvolvimento (orientação dietética, marcação de nova consulta e encaminhamento para outro profissional) representaram 32,7% do total. Mais de 80% dos profissionais opinaram ser satisfatória a resolutividade do serviço em relação às ações do crescimento e desenvolvimento. O estudo mostrou que a promoção da saúde da criança de forma integral, deslocando o enfoque de uma assistência baseada em patologias para uma atenção que contemple a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento (eixo integrador de toda a atenção à criança), não é, ainda, um comportamento normativo nos serviços públicos de saúde no Estado de Pernambuco.

Ribas MSSS. Prognosis factors of maternal death from pre-eclampsia/eclampsia in the city of Recife - case control study [master's dissertation]. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); 2003. Supervisors: Felipe Rinald Barbosa Lorenzato and Ariani Impieri de Souza.

Introduction: maternal mortality is an important public health problem in Brazil. Pre-eclampsia/eclampsia

plays a major role in maternal mortality rates.

Objectives: to study prognostic factors to maternal mortality associated with pre-eclampsia/eclampsia, such as race, a home partner, education, monthly wage, immediate causes, transfer to an ICU, time from delivery to death, time from hospital admission to death, clinical and health care variables, as well as the perinatal results, thus to create a map of what the situation for women in Recife is regarding pre-eclampsia/eclampsia.

Methods: this is a case-control study including 19 cases of maternal death due to pre-eclampsia/eclampsia and 75 controls (similar to cases but with favorable outcomes) among women living in the city of Recife from January 1997 to December 2000. The cases were identified in the maternal mortality database from Recife's Major Health Authority and the controls, matched by age and parity, were recruited among women with severe pre-eclampsia/eclampsia admitted to the same hospitals around the same time that the deaths occurred. The Odds ratio (OR) and its 95% Confidence Interval were used to estimate risk of maternal mortality in relation to the studied variables. Pregnancy related hypertensive syndromes were defined according to the criteria set forth by the National High Blood Pressure Working Group, 2000. The data were entered into the the Epi-Info 6.0 and SPSS 10 for windows and later analyzed.

Results: the vast majority of maternal deaths occurred in the early puerperal period [78,9%], and the average time from hospital admission to death was 6,3 days. The main immediate causes of maternal death were respiratory complications [47,4%]. An increased maternal mortality rate from 00:00h to 06:59h has not been observed. Black women had lower risk of dying [OR = 0,21; p = 0,018]. Variables such as living with a partner [OR = 2,15; p = 0,26]; routine initial laboratory work-up [OR = 0,63; p = 0,56]; vaginal delivery [OR = 1,56; p = 0,75]; occurrence of Abruption Placentae [OR = 2,86; p = 0,26]; presence of baseline chronic arterial hypertension [OR = 1,59; p = 0,68]; the use of oral [OR = 0,34; p = 0,08] or venous anti-hypertensive medication [OR = 0,95 p = 0,88], and of magnesium sulfate [OR = 0,60; p = 0,48]; did not significantly influenced the risk of maternal death. Asking whether the patient has had pre-natal care was not a satisfactory parameter for assessing pre-natal care protection. The number of pre-natal visits could not be properly evaluated for only few patient's records had that information, the same is true to patient's education and occupation. The higher the diastolic blood pressure at admission the greater the maternal mortality risk [OR = 6,00 p <0,01]. There was also an increased risk of maternal

mortality when the patient developed pulmonary edema [OR = 34,64; p <0,05], eclampsia [OR = 9,87; p <0,05], HELLP syndrome [p <0,01], and needed blood transfusion [OR = 67,50; p <0,05]. Spinal block did not increase the risk of maternal death [p <0,01]. The higher the maternal mortality risks the worse the perinatal results.

Conclusions: among the strategies to reduce maternal mortality due to pre-eclampsia, a thorough evaluation on the quality of pre-natal cares must be undertaken. Special attention should be given to patients admitted with diastolic blood pressure levels =130 mmHg, with coagulation disorders or other hematological abnormalities. The occurrence of eclampsia, pulmonary edema and HELLP syndrome should be avoided. A better surveillance throughout the early puerperal period is essential. These patients must be admitted to tertiary hospitals, preferably the ones with both maternal and neonatal intensive care units. We recommend that the medical records be more carefully filled in order to improve the quality of data for analysis in similar future studies.

Ribas MSSS. Fatores prognósticos para óbito materno por pré-eclâmpsia/eclâmpsia na cidade do Recife: estudo de caso controle [dissertação mestrado]. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); 2003. Orientador: Felipe Rinald Barbosa Lorenzato, Co-orientadora: Ariani Impieri de Souza.

Introdução: a morte materna é um importante problema de saúde pública no Brasil. A pré-eclâmpsia /eclâmpsia tem uma participação ímpar nas taxas de mortalidade materna.

Objetivos: estudar fatores prognósticos para a mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia, tais como a etnia, a presença companheiro no lar, a escolaridade, o trabalho remunerado, as causas imediatas, a transferência para outro serviço por falta UTI, o momento do óbito em relação ao parto, o tempo decorrido entre o internamento e o óbito, variáveis assistenciais e clínicas, como também os resultados perinatais, e assim criar um mapa da situação da mulher com pré-eclâmpsia/eclâmpsia residente na cidade do Recife.

Métodos: este é um estudo caso-controle que inclui 19 casos de óbitos maternos por pré-eclâmpsia/eclâmpsia e 75 controles (pacientes com doença de base semelhante, porém com resultado favorável) dentre residentes na cidade do Recife de janeiro de 1997 a dezembro de 2000. Os casos foram identificados no banco de dados sobre Morte Materna da

Prefeitura da Cidade do Recife e os controles, paria- dos por idade e paridade, foram recrutados entre pa- cientes com pré-eclâmpsia/eclâmpsia severa inter- nadas em época próxima e nos mesmos hospitais onde ocorreram os óbitos. O odds ratio [OR] e seu intervalo de confiança a 95% foram usados como estimativa de risco de morte materna em relação às variáveis estu- dadas. As Síndromes hipertensivas da gravidez foram definidas de acordo com os critérios do National High Blood Pressure Working Group, 2000. Os dados foram digitados em banco de dados gerado nos pro- gramas Epi-Info 6.0 e SPSS 10 para Windows e pos- teriormente analisados.

Resultados: a maioria dos óbitos maternos ocor- reu no puerpério precoce [78,9%], e o tempo médio entre o internamento e o óbito foi de 6,3 dias. As principais causas imediatas de óbito materno foram as complicações respiratórias [47,4%]. Não se obser- vou maior percentual de óbito no horário de 00:00h as 6:59h. O risco de óbito foi menor entre as negras [OR = 0,21; p = 0,018]. Variáveis tais como: a pre- sença do companheiro no lar [OR = 2,15; p = 0,26]; a realização de exames laboratoriais para diagnóstico [OR = 0,63; p = 0,56]; o parto vaginal [OR = 1,56; p = 0,75]; a ocorrência de DPPNI [OR = 2,86; p = 0,26]; a presença de hipertensão arterial anterior à gestação [OR = 1,59; p = 0,68]; a utilização de anti- hipertensivo oral [OR = 0,34; p = 0,08], venoso [OR = 0,95 p = 0,88] ou de sulfato de magnésio [OR = 0,60; p = 0,48], não influenciaram significativamente o risco de óbito materno. A pergunta se fez ou não

pré-natal não foi um parâmetro satisfatório para se avaliar a proteção do pré-natal. O número de consul- tas de pré-natal não pode ser apropriadamente avalia- do porque poucos prontuários tinham esta infor- mação, o mesmo se observou em relação à escolaridade e à ocupação da paciente. Quanto maior a pressão arterial diastólica no internamento maior foi o risco de óbito materno [OR = 6,00 p <0,01]. O risco também se encontra aumentado em relação à ocor- rência de edema agudo de pulmão [OR = 34,64; p <0,05], eclâmpsia [OR = 9,87; p <0,05], HELLP sín- drome [p <0,01], e necessidade de hemotransfusão [OR = 67,50; p <0,05]. A raque anestesia não aumen- ta o risco de óbito [p <0,01] e quanto maiores os riscos de óbito materno mais desfavoráveis foram os resultados perinatais.

Conclusões: nas estratégias para a redução da mor- talidade materna por pré-eclâmpsia, uma melhor avalia- ção sobre a qualidade do pré-natais deve ser realiza- da. Especial atenção deve ser dada às pacientes que se internarem com pressão diastólica muito elevada [$>130\text{mmHg}$] e com sangramento ou alterações hematológicas. A ocorrência de eclâmpsia, edema agudo de pulmão e HELLP síndrome deve ser evita- da. Uma melhor vigilância no puerpério imediato é essencial. A assistência a essas gestantes deve ser em hospital terciário e de preferência que disponha de UTI obstétrica e para o RN. Nós recomendamos que o preenchimento dos prontuários seja mais cuidadoso para melhorar a qualidade dos dados para análise em futuros estudos semelhantes.