

MARCUS VINÍCCIUS FERREIRA GONÇALVES ROMANO

**PERFIL DO ATENDIMENTO AOP PARTO NA
MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA EM
RELAÇÃO À PRÁTICA DE EPISIOTOMIAS E SUAS
COMPLICAÇÕES DURANTE O PERÍODO DE 2000 A 2008**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2009**

MARCUS VINÍCCIUS FERREIRA GONÇALVES ROMANO

**PERFIL DO ATENDIMENTO AOP PARTO NA
MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA EM
RELAÇÃO À PRÁTICA DE EPISIOTOMIAS E SUAS
COMPLICAÇÕES DURANTE O PERÍODO DE 2000 A 2008**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Presidente do colegiado: Prof. Dr. Rogério Paulo Moritz

Professora Orientadora: Prof^ª. Dra. Roxana Knobel

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2009

AGRADECIMENTOS

Apesar de, hoje, existirem diversas pessoas em minha vida que merecem os meus agradecimentos por todo o apoio prestado ao longo destes anos, limito-me aqui a agradecer àqueles que contribuíram de uma maneira mais direta na concretização deste trabalho.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, pois devo a Ele todas as minhas conquistas.

A minha mãe, que durante toda sua vida colocou-se em segundo plano para poder proporcionar o de melhor a mim e aos meus irmãos. Sempre me apoiando, mesmo que pelo telefone, dando o calor e o aconchego com as suas humildes palavras de motivação.

A minha querida professora orientadora, Dra Roxana Knobel, que com muita paciência soube me orientar neste trabalho, dada a minha imensa dificuldade na elaboração de textos.

Ao Dr. Paulo Freitas, que me ajudou na elaboração das análises estatísticas.

A minha namorada, por sua paciência e apoio; e sua família, que me acolheu como um filho, apoiando-me nos momentos de trabalho e proporcionando-me momentos muito felizes nas horas de descontração.

E finalmente, aos meus queridos amigos, fica o meu muito obrigado!

RESUMO

Objetivos: Traçar e analisar a série histórica das porcentagens de episiotomias, de períneos íntegros e de recém-nascidos com Apgar de primeiro minuto menor ou igual a 5, de hemorragias e infecções puerperais, e de lacerações perineais graves nos partos atendidos na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no período de 2000 a 2008.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo-analítico, observacional e retrospectivo. Foram solicitados ao departamento de tocoginecologia e obstetrícia os dados das fichas do CLAP das pacientes atendidas na Maternidade do HU-UFSC entre 2000 e 2008. As informações foram passadas ao programa SPSS, onde foi então realizada a análise estatística. Para analisar se houve uma tendência a queda, aumento ou estabilidade, utilizou-se o teste do Qui-quadrado para tendências.

Resultados: A porcentagem de episiotomias passou de 25,4% em 2000 para 9,5% em 2008 ($p < 0,001$), sendo que a porcentagem de pacientes com períneo íntegro após parto vaginal passou de 20,7% em 2000 para 32% em 2008 ($p < 0,001$). A porcentagem de recém-nascidos com Apgar de primeiro minuto inferior a 5 passou de 6,3% em 2000 para 4,3% em 2008 ($p < 0,04$). As variáveis hemorragia puerperal, infecção puerperal, bem como lacerações de grau 3 e 4 não puderam ser analisadas, por grande número de dados ignorados e/ou inconsistência nos dados.

Conclusões: Na série histórica analisada, houve diminuição significativa do número de episiotomias e de RNs com índices de Apgar de primeiro minuto menor ou igual a 5, na maternidade do HU-UFSC. Concomitantemente, o número de períneos íntegros aumentou de maneira significativa neste serviço.

ABSTRACT

Objectives: Define the historical series from the year 2000 through 2008 of all episiotomy procedures, of intact perineum and newborns classified with less or equal than 5 points in Apgar score for first minute, of all deliveries in the Obstetrics Division of Hospital Universitario (HU-UFSC).

Methods: A descriptive, analytical, observational and retrospective study with data from patients seen at the maternity of the HU-UFSC in the period formerly defined. SPSS was used for statistical analysis. In order to analyze association between variables, chi-square test was performed.

Results: The quantity of episiotomies decreased from 25.4% in 2000 to 9.5% in 2008 ($p < 0,001$), and the rate of patients with an intact perineum after vaginal delivery increased from 20.7% in 2000 to 32% in 2008 ($p < 0,001$). A degree of newborns with Apgar score of less or equal to 5 decreased from 6.3% in 2000 to 4.3% in 2008 ($p < 0,04$). Variables puerperal hemorrhage, puerperal infection, and lacerations of grade 3 and 4 could not be analyzed due to data input error or omissions.

Conclusions: In the period studied, the number of episiotomies and of newborns with Apgar scores of 5 or less in the first minute decreased significantly in the maternity of the HU-UFSC. At the same time, the number of intact perineum increased significantly.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das parturientes quanto ao tipo de parto e ano na maternidade do HU-UFSC entre 2000 e 2008.....	10
Tabela 2. Média e desvio padrão das variáveis contínuas das parturientes com parto por via vaginal na maternidade do HU-UFSC no período de 2000 a 2008.....	11
Tabela 3. Distribuição da amostra quanto às variáveis categóricas das parturientes com parto por via vaginal na maternidade do HU-UFSC no período de 2000 a 2008.....	12
Tabela 4. Número de partos por via vaginal com episiotomia (em %) por ano, realizados na maternidade do HU-UFSC durante o período de 2000 a 2008.....	13
Tabela 5. Número de recém-nascidos (em %) como Apgar de primeiro minuto menor ou igual a 5 , nascidos na maternidade do HU-UFSC por via vaginal no período de 2000 a 2008.....	14
Tabela 6. Distribuição das puérperas segundo a integridade perineal após parto vaginal durante os anos de 2000 a 2008.....	15

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CLAP	Centro Latino Americano de Perinatologia
HU	Hospital Universitário
HU-UFSC	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	Recém-nascido
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE TABELAS	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	vii
SUMÁRIO	viii
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO	5
2.1 Objetivo geral	5
2.2 Objetivos específicos	5
3 MÉTODOS	6
3.1 Delineamento	6
3.2 Local do estudo	6
3.3 Coleta de dados	6
3.4 Amostra	6
3.4.1 Critérios de inclusão	7
3.4.2 Critérios de exclusão	7
3.5 Definição de variáveis	7
3.6 Aspectos éticos	8
3.7 Processamento e análise estatística dos dados	8
4 RESULTADOS	10
5 DISCUSSÃO	17
6 CONCLUSÕES	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
NORMAS ADOTADAS	23
ANEXO 1	24

1 INTRODUÇÃO

Seguindo a evolução da ciência e a tentativa incansável do ser humano em melhorar suas condições de saúde e assistência a esta, o momento do parto é por si só um desafio: como intervir de forma benéfica em um processo natural, porém passível de complicações?

Sabe-se que o nascimento por via vaginal, pode comprometer o trato genital materno, seja através de lacerações espontâneas ou provocadas intencionalmente pela episiotomia. Essas lesões genitais podem acarretar morbidade materna a curto e a longo prazo. Como morbidade em curto prazo pode ocorrer dor e desconforto, maior perda sanguínea, hematomas, além de prejudicar a atividade materna como andar e sentar e o estabelecimento da lactação. Em longo prazo podem ocorrer, dor, dispareunia, incontinência urinária e fecal e distopias genitais¹⁻⁵.

A episiotomia é o aumento do orifício vaginal a partir de uma incisão cirúrgica no períneo durante o período expulsivo, e teria como objetivos a redução do risco de graves lacerações teciduais no canal do parto e a proteção do concepto^{6,7}. Figura 1

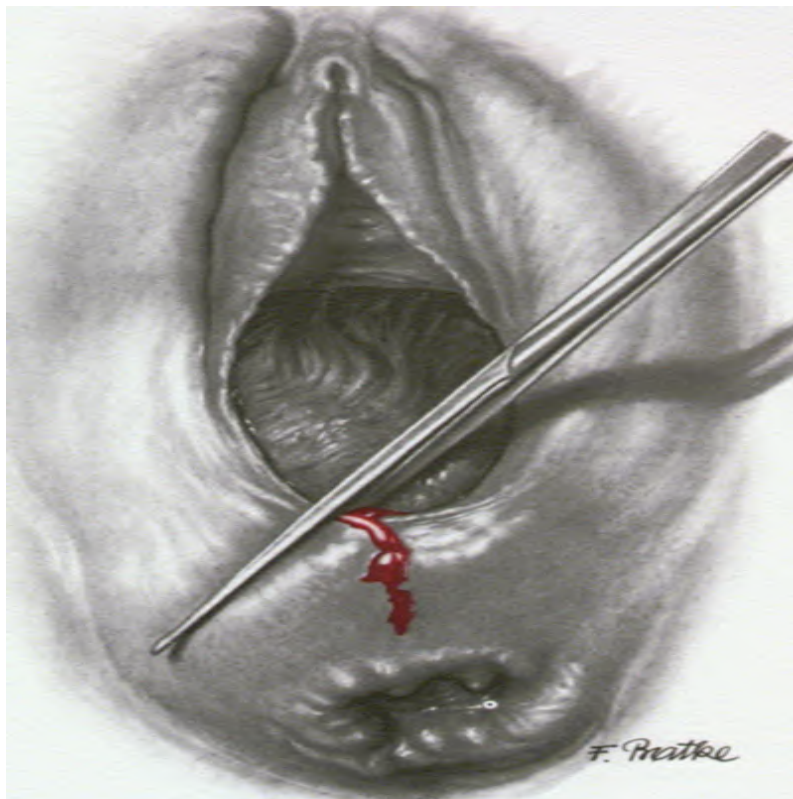


Figura1.Episiotomia médio-lateral direita

Fonte:<http://www.maternofetal.net/Imagens/EpisiotomiaCROP.jpg>

Justificando o uso da episiotomia listam-se seus supostos benefícios: redução do risco de lacerações de terceiro grau⁶⁻⁹, facilidade de reparo em relação à laceração espontânea preservando assim uma melhor anatomia perineal⁶, redução do risco de incontinência urinária e fecal^{6,10,11}, redução do período expulsivo com conseqüente proteção do concepto de hipóxia⁶.

Em contrapartida analisam-se seus possíveis efeitos adversos: possível secção do esfíncter anal ou acometimento do mesmo a partir da extensão da incisão⁶, resultado anatômico insatisfatório após o reparo cirúrgico predispondo ao aparecimento de fístulas reto-vaginais^{6,12}, hemorragia, dispareunia, deiscência de sutura^{6,12}, infecção^{6,12}, além do aumento de custos ao hospital⁶.

A primeira abertura cirúrgica do períneo com o intuito de proteção perineal em relação a possíveis lacerações severas foi feita por volta de 1741^{6,8}. Desde então, com o intervencionismo ganhando força entre os médicos, principalmente a partir da última metade do século passado, a episiotomia passou a ser um dos procedimentos mais comuns e mais praticados em todo o mundo, porém sem uma comprovação científica de sua real

eficiência^{6,13}. Em países como a Argentina chegou a ser rotina em quase todos os partos de nulíparas ou primíparas^{6,14}. Seguindo a mesma tendência o número de episiotomias no Brasil tornou-se cada vez maior.

Questiona-se como um procedimento cirúrgico é tão utilizado na prática médica sem que sua eficiência/eficácia tenham sido comprovadas. Em uma revisão sistemática com meta-análise, Carroli G, 1999⁶ ao comparar o grupo de mulheres em que se efetuou episiotomia de rotina a outro em que se efetuou a episiotomia conforme a indicação médica, observou que no segundo grupo houve um menor risco de trauma de períneo posterior, menor risco de complicações hemorrágicas e menor necessidade de sutura. A única desvantagem observada do uso restrito da episiotomia foi o aumento do risco de trauma de períneo anterior.

A partir do século 20, houve em todo mundo um movimento para oferecer uma assistência a saúde baseada na evidência da segurança e da efetividade dos procedimentos¹⁵. Tendo como característica conceitual a “medicina baseada em evidências”, através do uso de meta-análises e revisões sistemáticas este processo visa sumarização das pesquisas existentes^{16,17}.

A avaliação das práticas médicas obstétricas e recomendações relacionadas a assistência ao parto fundamentadas nas melhores evidências disponíveis foram publicadas, a partir de 1985, pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁸. No Brasil, essas recomendações foram amplamente divulgadas com a distribuição pelo Ministério da Saúde (MS), dos livros “Assistência ao parto normal : um guia prático” e “Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada a mulher”¹⁹.

De acordo com o MS a humanização do parto envolve conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis, e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia¹⁹. Dessa forma, a prática rotineira e indiscriminada da episiotomia além de ser comprovadamente danosa, vai na contramão do que orienta o MS¹⁸.

A lesão de períneo decorrente de uma episiotomia é um trauma doloroso com impacto na sexualidade feminina e o procedimento frequentemente é realizado sem necessidade²⁰.

Ressalta-se que a morbidade materna está intimamente relacionada com a mortalidade materna e a antecede, portanto, intervenções capazes de reduzir a morbidade devem também reduzir a mortalidade materna. Então, a adoção das recomendações baseadas em evidências científicas (entre elas a prática restritiva de episiotomias) busca não apenas maior conforto e

uma experiência de parto mais satisfatória para a mulher, mas também a redução da morbimortalidade materna¹⁷.

Talvez pela força do hábito, parece existir uma incongruência entre o que recomendam as evidências científicas e a forma como as práticas de assistência ao parto são planejadas e desenvolvidas, embora se reconheça a importância dos ensaios clínicos e revisões sistemáticas sobre as mesmas. Os estudos que avaliam a implementação das recomendações da OMS (entre elas a prática rotineira de episiotomia) mostram que as mesmas não são adotadas como rotinas na maioria dos hospitais, tanto no Brasil^{21, 22} como em outros países^{23, 24}.

O Hospital Universitário(HU) tem uma filosofia de atendimento humanizado e segue os preceitos da OMS, no entanto não há publicações mostrando a real prática da medicina baseada em evidências no hospital.

Este trabalho visa avaliar a porcentagem de episiotomias realizadas na maternidade do HU da Universidade Federal de Santa Catarina(UFSC) no período de 2000 a 2008, e se houve uma alteração em sua quantidade, bem como avaliar complicações no parto e pós-parto imediato, decorrentes de sua realização ou não realização.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Traçar a série histórica do número de episiotomias realizadas na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina entre os anos de 2000 e 2008.

2.2 Objetivos específicos

1. Traçar e analisar a série histórica do número de episiotomias realizadas nos anos estudados.
2. Traçar e analisar a série histórica do número de períneos íntegros nos anos estudados.
3. Traçar e analisar a série histórica do número de recém-nascidos (RNs) com índices de Apgar de primeiro minuto menor ou igual a 5 no período estudado.
4. Traçar e analisar as séries históricas do número de hemorragias, infecções puerperais e de lacerações perineais graves nos anos estudados.

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, observacional e retrospectivo, que utilizou dados coletados e registrados rotineiramente como parte da admissão, pré-parto e parto na maternidade do HU-UFSC.

3.2 Local do estudo

Este estudo foi realizado no Serviço de tocoginecologia e obstetrícia do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis.

3.3 Coleta de dados

Os dados analisados foram obtidos utilizando-se o protocolo da *História Clínica Perinatal Base* (HCPB), instrumento desenvolvido pelo Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP) e utilizado desde 1995 na maternidade do HU-UFSC.

No estudo, os dados digitados no SIP (Sistema Informático Perinatal) foram exportados para o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 10.0 para *Windows*, no qual foram conduzidas as análises.

As parturientes não foram identificadas, os prontuários não foram revisados, tratando-se de uma coleta de dados secundária.

3.4 Amostra

A amostra foi selecionada seguindo os critérios abaixo. Foram elegíveis para participar deste estudo 10995 fichas do CLAP (Anexo 1). Compuseram a amostra final 6845 fichas do CLAP.

3.4.1 Critérios de inclusão

Fichas do CLAP dos partos atendidos na maternidade do HU-UFSC, durante o período compreendido entre 01 de janeiro de 2000 e 31 de dezembro de 2008.

3.4.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas as fichas do CLAP com as variáveis tipo de parto e/ou ano não preenchidas.

3.5 Definição de variáveis

Tipo de parto: corresponde ao tipo de procedimento adotado para retirar o conceito do interior do útero materno. Espontâneo (normal), instrumental (fôrceps ou vácuo), cesárea.

Idade: número de anos de vida completados pela mãe, no momento do parto. Ex: 17 anos.

Número de gestações: número total de gestações da paciente. Ex: 1-primigesta, 2-secundigesta, e assim por diante.

Peso na última consulta: peso da paciente na última consulta pré-natal em Kg.

Idade gestacional no parto: tempo de gestação no momento do parto, podendo ser calculado pela data da última menstruação ou por dados ultrassonográficos, expresso em semanas.

Peso do recém-nascido: corresponde ao peso, em gramas, do recém-nascido logo após o parto.

Escolaridade: corresponde ao nível de alfabetização das pacientes. Analfabetas, ensino fundamental, ensino médio ou superior.

Estado civil: tipo de relacionamento da gestante com o pai da criança. Casada, solteira, união estável ou outro.

Raça: etnia materna. Branca, indígena, mestiça, negra ou outra.

Início do trabalho de parto: corresponde a maneira como se iniciou o trabalho de parto. Espontâneo ou induzido.

Apresentação fetal: região do conceito que se insinua no estreito superior da bacia materna. Cefálica, pélvica ou transversa.

Episiotomia: aumento do orifício vaginal a partir de uma incisão cirúrgica no períneo durante o período expulsivo. Sim ou não.

Laceração perineal: corresponde a laceração espontânea do períneo durante a passagem do concepto pelo canal de parto. Sim ou não, e se presente apontando o grau da laceração, sendo: grau 1- laceração envolve a fúrcula vaginal, a pele e/ou a mucosa vaginal; grau 2- laceração se estende a musculatura e ao corpo perineal; grau 3- lesão estende-se ao esfíncter anal e grau 4- lesão amplia-se até a mucosa retal.

Hemorragia puerperal: corresponde a presença de sangramento vaginal, ligado ao parto ou a qualquer procedimento relacionado a ele, durante o puerpério. Sim ou não.

Infecção puerperal: presença de infecção materna ligada ao parto ou a qualquer procedimento relacionado a ele, durante o puerpério. Sim ou não.

Apgar do RN: índice elaborado com base em 5 sinais clínicos do RN, avaliados no primeiro e quinto minutos. Sinais clínicos avaliados: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele. Cada sinal desse recebe notas de 0 a 2, sendo o índice de Apgar o somatório dessa pontuação, realizado ao fim do primeiro e do quinto minuto. Tem-se então que o Apgar, tanto de primeiro como de quinto minuto, pode variar de 0 a 10, sendo que: Apgar de 8 a 10- sem asfixia, Apgar de 5 a 7- asfixia leve, Apgar de 3 a 4- asfixia moderada e Apgar de 0 a 2- asfixia grave.

Integridade perineal: corresponde a manutenção da anatomia perineal após o parto. Períneo íntegro- partos sem episiotomia ou qualquer grau de laceração, períneo não íntegro- partos realizados com episiotomia ou qualquer grau de laceração.

3.6 Aspectos éticos

O presente estudo foi enviado para o Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da UFSC sob número 458/09.

3.7 Processamento e análise estatística dos dados

O programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 10.0 para *Windows*, foi utilizado para o processamento e análise dos dados.

O banco de dados das fichas do CLAP foi revisado, foram revistas e corrigidas eventuais inconsistências. As variáveis foram analisadas, e as que tinham mais de 35% de dados ignorados ou inconsistentes foram excluídas da análise.

Com esse critério, foram excluídas da análise as variáveis: raça, hemorragia puerperal e infecção puerperal.

A variável laceração perineal continha inconsistência nos dados, sendo que não foi relatada nenhuma laceração perineal de 3º ou 4º grau até o ano de 2003, e foram relatadas mais de 30% de lacerações perineais de graus 3 e 4 em 2006, por exemplo. Acredita-se que houve uma modificação na forma como a variável foi preenchida ao longo dos anos. Para evitar erros decorrentes dessa inconsistência, optou-se por analisar o número de períneos íntegros (sem rotura e sem episiotomia) que apresentava consistência dos dados.

Foi realizada uma série histórica dos tipos de partos ocorridos nos anos do estudo. Posteriormente, apenas com os partos vaginais, foi descrita a amostra.

Para as variáveis contínuas foi calculada a média e o desvio padrão, e para as categóricas foi calculada a porcentagem.

Finalmente, foram traçadas séries históricas com a porcentagem de episiotomias, porcentagem de períneos íntegros e porcentagem de recém-nascidos com Apgar de primeiro minuto inferior a 5.

Para avaliar se a série histórica tinha tendência à queda, aumento ou estabilidade foi utilizado o teste de Qui-quadrado para tendências. Foi considerado significativo o $p < 0,05$. O intervalo de confiança foi de 95%.

4 RESULTADOS

Foram analisadas 10995 fichas do CLAP de parturientes admitidas na maternidade do HU-UFSC no período entre 01 de janeiro de 2000 e 31 de dezembro de 2008, sendo que destas fichas 865 (7,9% da amostra) foram excluídas inicialmente, pois apresentavam as variáveis tipo de parto e/ou ano não preenchidas.

Traçou-se então a seguinte série histórica. Tabela 1

Tabela 1. Distribuição das parturientes quanto ao tipo de parto e ano na maternidade do HU-UFSC entre 2000 e 2008

	Normal	Instrumental	Cesárea	Total
	%	%	%	(N)
2000	73,0	1,0	26,0	(1470)
2001	68,5	0,7	30,9	(1008)
2002	68,3	0,2	31,5	(1220)
2003	62,8	1,0	36,2	(923)
2004	61,4	0,8	37,7	(1188)
2005	65,7	0,8	33,5	(955)
2006	67,0	1,2	31,8	(851)
2007	64,0	1,4	34,6	(1181)
2008	67,5	0,6	31,9	(1334)
Total	66,7	0,8	32,4	(10130)

* $p < 0,05$

Partindo-se do pressuposto de que os partos cesáreas não necessitam de episiotomia, excluíram-se os mesmos da amostra; mas, em 22 casos das 3285 cesáreas realizadas foi realizada a episiotomia. Acredita-se que, nesses casos, tentou-se o parto por via baixa, tendo sido realizada a opção por via alta após a execução da episiotomia.

Dessa forma, a amostra se compôs de 6845 casos, sendo esta constituída de mulheres predominantemente jovens, em união estável com seus parceiros, geralmente em sua primeira ou segunda gestação. Tabelas 2 e 3.

Tabela 2. Média e desvio padrão das variáveis contínuas das parturientes com parto por via vaginal na maternidade do HU-UFSC no período de 2000 a 2008.

	\bar{x}	DP	Ignorados (n)
Idade	24,96	6,21	(76)
Número de gestações	1,59	1,59	(116)
Peso da última consulta	67,84	16,73	(1902)
Idade gestacional no parto	38,59	3,33	(254)
Peso do RN ao nascer	3172,52	579,69	(1599)

* o total de partos foi de 6845, sendo que o (n) representa o número de casos ignorados.

Tabela 3. Distribuição da amostra quanto às variáveis categóricas das parturientes com parto por via vaginal na maternidade do HU-UFSC no período de 2000 a 2008.

	%	(N)
Escolaridade		
Analfabetos	1,1	(72)
Ens. fundamental	48,2	(3297)
Ens. Médio ou superior	47,1	(3225)
Ignorados	3,7	(251)
Estado civil		
Com parceiro	86,1	(5894)
Sem parceiro	11,3	(773)
Ignorados	2,6	(178)
Número de gestações		
Primeira gestação	26,9	(1843)
Segunda gestação	29,9	(2046)
Terceira gestação	19,3	(1318)
Quarta ou mais gestações	22,1	(735)
Ignorados	1,7	(116)
Início do trabalho de parto		
Espontâneo	80,2	(5489)
Induzido	12,1	(829)
Ignorados	7,7	(527)
Apresentação		
Cefálico	95,5	(6538)
Pélvico	1,0	(67)
Ignorados	3,5	(240)

O número de episiotomias praticadas na maternidade do HU-UFSC caiu de forma significativa ($p < 0,001$) durante os anos estudados. Tabela 4

Tabela 4. Número de partos por via vaginal com episiotomia (em %) por ano, realizados na maternidade do HU-UFSC durante o período de 2000 a 2008

	Partos com episiotomia	Total de partos normais
	%	(N)
2000	25,4	(1065)
2001	19,8	(681)
2002	13,1	(817)
2003	13,6	(580)
2004	15,3	(727)
2005	13,9	(618)
2006	13,4	(574)
2007	7,8	(746)
2008	9,5	(873)
Ignorados	2,3	(164)
Total	15,1	(6845)

* $p < 0,001$

De 2000 a 2003 não houve relato de lacerações grau 3 ou 4. Em 2004 houve relato desses tipos de laceração em 12 % dos casos, sendo que em 2006 essa porcentagem foi de 36,7 %, passando a 26,1 % em 2008. Tendo como incoerente o fato de não se obterem lacerações de grau 3 ou 4 nos primeiros anos estudados ligado ao aumento súbito de relatos a partir de 2004, julgamos como inconsistente essa análise de dados.

As taxas de infecção puerperal, bem como de hemorragias pós-parto não puderam ser analisadas, visto que o percentual de fichas não preenchidas nessas variáveis era alto, respectivamente 44,5 % e 43,5 %.

Em relação ao Apgar de primeiro minuto, ocorreu uma discreta redução no número de RNs com Apgar menor ou igual a 5 no decorrer dos anos estudados ($p < 0,04$). Tabela 5

Tabela 5. Número de RNs (em %) como Apgar de primeiro minuto menor ou igual a 5, nascidos na maternidade do HU-UFSC por via vaginal no período de 2000 a 2008

	Número de RNs com Apgar1 menor ou igual a 5 %	Total de partos normais (N)
2000	6,3	1059
2001	4,6	654
2002	6,9	810
2003	8,7	586
2004	6,6	730
2005	7,8	631
2006	4,0	174
2007	5,3	94
2008	4,3	443
Ignorados	24,3	1664
Total	6,4	6845

* $p < 0,04$

Partindo do princípio de que a episiotomia por si já é uma laceração de segundo grau, houve um aumento significativo ($p < 0,001$) no número de puérperas com períneo íntegro após parto vaginal durante o período estudado. Tabela 6

Tabela 6. Distribuição das puérperas segundo a integridade perineal após parto vaginal durante os anos de 2000 a 2008

	Partos realizados sem episiotomia ou laceração (períneo íntegro) %	Partos realizados com episiotomia ou qualquer grau de laceração (períneo não íntegro) %	Total de partos normais (N)
2000	20,7	79,3	1031
2001	20,5	79,5	658
2002	25,2	74,8	789
2003	31,5	68,5	568
2004	28,6	71,4	720
2005	28,8	71,2	612
2006	24,0	76,0	567
2007	30,3	69,7	736
2008	32,0	68,0	879
Ignorados			285
Total	26,6	73,4	6845

* $p < 0,001$

As séries históricas estão representadas na figura 2.

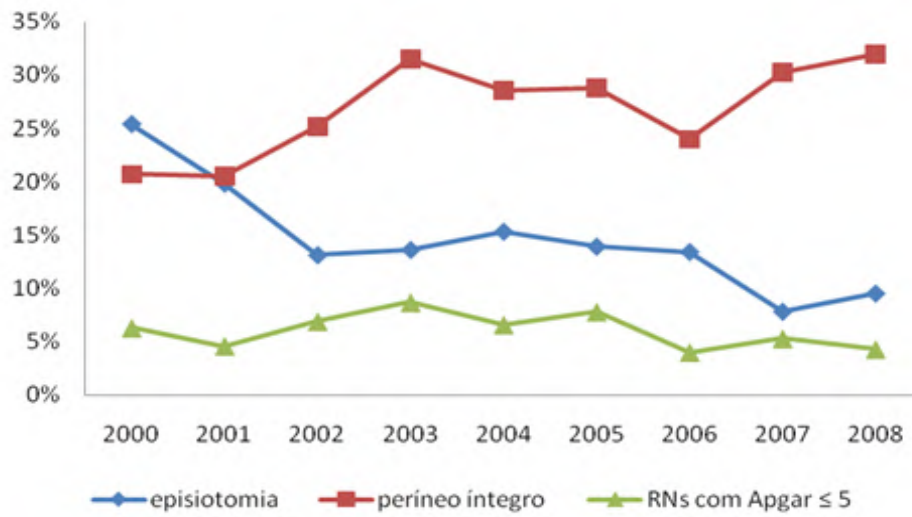


Figura 2. Gráfico representando as séries históricas das variáveis episiotomia, perineo íntegro e RNs com Apgar de primeiro minuto menor ou igual a 5 no período de 2000 a 2008.

5 DISCUSSÃO

O número de episiotomias realizadas na maternidade do HU-UFSC no período de 2000 a 2008 diminuiu significativamente, seguindo o preconizado pela OMS e pelo MS^{18,19}. Com a redução das episiotomias não parece ter havido nenhum prejuízo materno ou para os RNs.

O número de cesáreas neste estudo variou de 26 a 36%. Essa frequência de cesáreas, bem acima da recomendada pela OMS, segue uma tendência mundial que também é observada em hospitais públicos no Brasil, no mesmo período de tempo^{25,26}. Entretanto, pelo fato do HU-UFSC buscar uma assistência com base nas evidências científicas, sugerem-se outras investigações que possam avaliar as causas dessa elevada taxa.

Por muitos anos, existiu uma orientação obstétrica cirúrgica e intervencionista de se realizar rotineiramente a episiotomia em todos os partos vaginais, sem embasamento em estudos bem fundamentados, mas que levou a realização do procedimento em várias maternidades durante muitos anos¹⁷. Após artigo publicado por Carolli G, 1999⁶ observou-se claramente que o procedimento tem benefício apenas quando realizado de forma restrita.

Estudo realizado entre janeiro de 1988 e dezembro de 1991, no Hospital Universitário de Leiden, Holanda, com 1.272 primíparas que tiveram partos vaginais, verificou os fatores que poderiam influenciar a decisão para realização ou não da episiotomia, demonstrando dependência maior da educação do profissional do que de fatores médicos²⁷.

Durante o período estudado, na maternidade do HU-UFSC, a taxa de episiotomias foi de 15% nos partos vaginais. Reynolds, 1995²⁸ em um trabalho que propunha exatamente a redução no número de episiotomias observou uma frequência de 33,3 % ao fim de seu estudo. Allen, 2005²⁹ observou a presença de episiotomias em 48 % dos partos.

Em muitos serviços, parece ainda existir uma incongruência entre o que recomendam as evidências científicas e a forma como as práticas de assistência ao parto são planejadas e desenvolvidas, embora se reconheça a importância dos ensaios clínicos e revisões sistemáticas sobre as mesmas. Os estudos que avaliam a implementação das recomendações da OMS (entre elas a prática restritiva da episiotomia) mostram que as mesmas não são adotadas como rotinas na maioria dos hospitais, tanto no Brasil^{21, 22}, como em outros países^{23, 24,30}. Esses dados parecem refletir uma dificuldade em sensibilizar profissionais e gestores a adotar medidas que permitam essa prática na assistência hospitalar^{23-26,30}.

Os resultados obtidos no HU-UFSC, mostrados neste estudo, refletem o exercício prático dos princípios básicos da filosofia que norteia a assistência prestada na referida instituição, entre os quais destacam-se que “...a equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher – RN – família, deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado...” e “todo pessoal deve ter qualificação, treinamento e supervisão continuadas, específicas, para prestação da assistência a que tem direito a mãe, o RN e a família”³¹.

Conforme artigos publicados por Ould, 1741⁸, Thacker, 1983⁷ e Cunningham, 1993⁹ a episiotomia está relacionada à menor risco de lacerações de terceiro grau. Este fato não pode ser verificado neste estudo visto a impossibilidade de comparar as lacerações dos primeiros anos estudados e dos últimos, pois os dados coletados no início do estudo eram incoerentes.

Também não foi possível analisar a presença de infecção puerperal bem como de hemorragias puerperais. Tal incoerência/inconsistência dos dados pode ser explicada pela dificuldade da equipe médica no correto preenchimento das fichas do CLAP. Essas fichas contêm importantes informações a respeito do pré-natal e do passado obstétrico da parturiente, cabendo ao médico o seu correto preenchimento no momento da internação na maternidade, do parto e da alta hospitalar. De maneira análoga ao que ocorre na maternidade HU-UFSC, Lefter, 2008³² verificou a negligência dos médicos no preenchimento dos relatórios de cirurgia. Esse descaso no correto preenchimento dos documentos e relatórios pode ter como conseqüências a dificuldade em um posterior seguimento da parturiente ou até mesmo vir a servir como evidência em algum processo médico-legal³².

Com relação à integridade perineal da parturiente, foi significativo o aumento de períneos íntegros após os partos vaginais durante o período estudado. Na episiotomia, além da pele e da mucosa, habitualmente secciona-se os músculos tranverso superficial do períneo e bulbocavernoso⁹, sendo análoga a uma laceração de segundo grau. Com a diminuição da prática do procedimento na maternidade HU-UFSC, era esperado aumento no número de mulheres com a integridade perineal preservada após o parto vaginal, fato este verificado. As mulheres que ultimam um parto vaginal com a preservação do períneo íntegro, terão menos dor, menos necessidade de analgésicos no pós-parto imediato e um retorno à vida sexual mais rápido³³.

Das variáveis disponíveis na ficha do CLAP, julgamos o escore de Apgar de primeiro minuto como o mais fidedigno tradutor do bem-estar do RN, correlacionando-se com uma boa assistência ao parto.

Por muito tempo acreditou-se que prática da episiotomia estaria ligada a uma redução na duração do segundo estágio do trabalho de parto, o que poderia proteger o conceito de

asfixia, trauma em crânio, hemorragia cerebral e até retardo mental⁶. No entanto, a proteção ao conceito fornecida pelo procedimento tem sido questionada^{6,34}. Com a redução no número de RNs com escore Apgar de primeiro minuto menor ou igual a 5 neste estudo, concomitante a redução do número de episiotomias, sugere-se que a não realização do procedimento é inócua ao RN, fato este também verificado por Murphy,2008³⁵.

Devem-se levar em consideração as limitações deste estudo, por se tratar de estudo retrospectivo e uma análise de dados secundária. Sugere-se a elucidação de algumas variáveis através de pesquisas a prontuários e livros de anotações de procedimentos, para melhorar a consistência dos dados.

Com este trabalho mostra-se ser possível colocar em prática os conhecimentos e conceitos da medicina baseada em evidência, de forma a garantir uma excelência em assistência ao parto sem, no entanto ir à contramão da ciência médica. Mudanças assistenciais são difíceis e desafiadoras, mas são possíveis quando a equipe de profissionais se dispõe a rever condutas habituais, incorporando novas práticas fundamentadas em evidências científicas.

6 CONCLUSÕES

1- O número de episiotomias realizadas diminuiu de forma significativa de 25,4% em 2000 para 9,5% em 2008 ($p < 0,001$).

2- O número de períneos íntegros após parto vaginal aumentou de forma significativa de 20,7% em 2000 para 32,0% em 2008 ($p < 0,001$).

3- O número de recém-nascidos com Apgar de primeiro minuto menor ou igual a 5 diminuiu de forma significativa de 6,3% em 2000 para 4,3% em 2008 ($p < 0,04$).

4- O número de hemorragias e infecções puerperais, e de lacerações perineais graves não puderam ser analisados neste estudo por inconsistência ou não conhecimento dos dados.

7 REFERÊNCIAS

1. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth* 2006;33(2):94–100.
2. Dahlen HG, Homer C, Cooke M, Upton AM, Nunn R, Brodrick. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor. *Birth* 2007;34(4):282–290.
3. Kalichman L. Perineal massage to prevent perineal trauma in childbirth. *IMAJ* 2008;10:531-533.
4. Renfrew MJ, Hannah W, Albers L, Floyd E. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: A systematic review of the literature. *Birth* 1998;25(3):143–160.
5. Shorten A, Donsante J, Shorten B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: Informing women about choices for vaginal birth. *Birth* 2002;29(1):18–27.
6. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 1999. Oxford: Update Software.
7. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the english language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983;38:322-38.
8. Ould F. A treatise of midwifery. In: London: J Buckland, 1741:145-6.
9. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, editor(s). *Conduct of normal labor and delivery*. Williams Obstetrics Norwalk, CT: Appleton and Lange, 1993:371-93.
10. Aldridge AN, Watson P. Analysis of end results of labor in primiparas after spontaneous versus prophylactic methods of delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1935;30:554-65.
11. Gainey NL. Postpartum observation of pelvis tissue damage: further studies. *Am J Obstet Gynecol* 1955;70:800-7.
12. Homsí R, Daikoku NH, Littlejohn J, Wheelless CR. Episiotomy; risks of dehiscence and rectovaginal fistula. *Obstet Gynecol Surv* 1994;49:803-8.
13. Lede R, Belizan JM, Carroli G. Is routine use of episiotomy justified?. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1399-402.
14. Lede R, Moreno M, Belizan JM. . *Sinopsis Obstet Ginecol* 1991;38:161-6.
15. Enkin M, Deirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hoffmeyer J. *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
16. Haines A, Kuruvilla S, Borchert M. Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bull World Health Organ*. 2004; 82: 724-32.
17. Cecatti JG, Calderón IMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27: 357-65.
18. OMS - Organização Mundial da Saúde. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Saúde Materna e Neonatal/ Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra; 1996. 54 p
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF; 2003.
20. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: Randomised controlled trial. *BMJ* 2001;322:1277–1280.
21. d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, Reis AC, Hartz Z. Quality of birth care in maternity hospitals of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev de Saúde Pública*. 2005; 39: 645-54.
22. Boaretto, MC. *Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento na município do Rio de Janeiro [dissertação mestrado]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

23. Colomar M, Belizan M, Cafferata ML, Labandera A, Tomasso G, Althabe F, Belizán JM, Grupo de Estudio de Prácticas Perinatales. Practices of maternal and perinatal care performed in public hospitals of Uruguay. *Ginecol Obstet Mex.* 2004; 72: 455-65.
24. Turan JM, Bulut A, Nalbant H, Ortayli N, Erbaydar T. Challenges for the adoption of evidence-based maternity care in Turkey. *Soc Sci Med.* 2006; 62: 2196-204.
25. Faundes A, Padua KS, Osis MJ, Cecatti JG, Sousa MH. Brazilian women and physicians' viewpoints on their preferred route of delivery. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38: 488-94.
26. Tedesco RP, Maia Filho NL, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM, Reis FI. Primigravid expectations about the delivery method and the causal factors for their choice. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004; 26: 791-8.
27. Gerrits DD, Brand R, Gravenhorst JB. The use of an episiotomy in relation to the professional education of the delivery attendant. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1994;56(2):103-6.
28. Reynolds J. L. Reducing the frequency of episiotomies through a continuous quality improvement program. *Canadian Medical Association Journal*, 1995. Vol 153, Issue 3 275-282
29. Allen R. E; Hanson Jr, R. W. Episiotomy in Low-Risk Vaginal Deliveries. *J Am Board Fam Pract* 2005;18:8-12.
30. Khalil K, Elnoury A, Cherine M, Sholkamy H, Hassanein N, Mohsen L, Miraf Breebaart M, Abdel Aziz Shoubary. Hospital practice versus evidence-based obstetrics: categorizing practices for normal birth in an Egyptian teaching hospital. *Birth.* 2005; 32: 283-90.
31. Santos OMB, Siebert ERC. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001; 75 (Suppl 1): S73-9.
32. Lefter, L.; Walker, S.; Dewhurst, F.; Turner. An audit of operative notes: facts and ways to improve. *ANZ journal of surgery*, 2008. Vol. 78, Number 9, 800-802(3)
33. Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgesein SH, Franco ED, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;171(3):591-8.
34. Argentina, 1993. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993;42:1517-18.
35. Murphy DJ, Macleod M, Bahl R, Goyder K, Howarth L, Strachan B. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. 2008 Dec;115(13):1695-702

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

ANEXO 1

HISTÓRIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP-OPAS/OMS				DATA DE NASCIMENTO			RAÇA		ALFA BET		ESTUDOS		ESTADO CIVIL		CÓDIGO LOCAL DE PRÉ-NATAL																																																
NOME COMPLETO				dia mês ano			branca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> mestiça <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> outra <input type="radio"/>		sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/>		nenhum fundamental <input type="radio"/> médio univers. <input type="radio"/> anos no maior nível <input type="radio"/>		casada <input type="radio"/> estavel <input type="radio"/> solteira <input type="radio"/> outro <input type="radio"/>		CÓDIGO DO PARTO																																																
ENDEREÇO				IDADE (anos)											NÚMERO IDENTID.																																																
CIDADE				TEL																																																											
ANTECEDENTES				OBSTÉTRICOS				FINAL DA GESTAÇÃO ANTERIOR																																																							
FAMILIARES		PESSOAIS		gestas prévias		abortos		vaginais		nascidos vivos		viverem		FINAL DA GESTAÇÃO ANTERIOR																																																	
não sim <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> TB <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> hipertensão <input type="radio"/> pré-eclâmpsia <input type="radio"/> eclâmpsia <input type="radio"/> outros <input type="radio"/>		não sim <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> HIV + cardiop/ nefrop/ cond. médica grave <input type="radio"/>		ÚLTIMO PRÉVIO <2500g <input type="radio"/> >4500g <input type="radio"/>		3 espont. consecutivos <input type="radio"/> partos <input type="radio"/> cesáreas <input type="radio"/>		nascidos vivos <input type="radio"/> nascidos mortos <input type="radio"/>		vivos <input type="radio"/> mortos 1º sem. <input type="radio"/> depois 1º sem. <input type="radio"/>		dia mês ano <input type="radio"/> menos de 6 meses <input type="radio"/> mais de 6 meses <input type="radio"/>		GRAVIDEZ PLANEJADA sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/>		FRACASSO MÉTODO ANTICONCEP. <input type="radio"/>																																															
cirurgia trato reprod. <input type="radio"/> infertilidade <input type="radio"/>												não barrera <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> pílula <input type="radio"/> depo hormonal <input type="radio"/> natural <input type="radio"/>																																																			
GESTAÇÃO ATUAL				IG CONFIÁVEL				MOVIM. FETAIS				CIGARROS POR DIA				ÁLCOOL				ANTITÉTANICA				ANTIRUBEOLA				EX NORMAL																																			
PESO ANTERIOR Kg				ALTURA (cm)				DUM Eco <20 s.				desde dia mês				não sim <input type="radio"/> sim <input type="radio"/>				vigente sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/>				gravidéz não <input type="radio"/> não <input type="radio"/>				ODONT. <input type="radio"/> MAMAS <input type="radio"/> CERVIX <input type="radio"/>																																			
DPP DUM				dia mês ano				sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/>				Hb <20 sem				Fe/FOLATOS indicados				Hb <20 sem				ESTREPTOCOCCO B 35 - 37 semanas				tentativa versão externa																																			
BACTERIURIA				GRUPO Rh				PAPANICOLAOU				HIV solicitado				VDRL/RPR <20 sem				SIFILIS confirmada por FTA/Eisa				VDRL/RPR >20 sem				Hb <20 sem				Fe/FOLATOS indicados				Hb <20 sem				ESTREPTOCOCCO B 35 - 37 semanas				PELVICA tentativa versão externa																			
+ não <input type="radio"/> - na fez <input type="radio"/>				Sensibil. <input type="radio"/> não <input type="radio"/> sim <input type="radio"/>				vigente <input type="radio"/> não <input type="radio"/> solicitado <input type="radio"/>				si não <input type="radio"/>				+ não se fez <input type="radio"/> - não se fez <input type="radio"/>				+ não se fez <input type="radio"/> - não se fez <input type="radio"/>				<11.0g <input type="radio"/>				sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/>				sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/>				sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/>				sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/>																							
dia				mês				idade gest.				peso				P A				altura uterina				apresentação				balanços fetais				sinais de alerta, exames, tratamento				próxima consulta																											
1				2				3				4				5				6				7																																							
PARTO				ABORTO				HOSPITALIZ. na GRAVIDEZ				CORTICOIDES ANTE-NATAIS				INICIO ESPONTÂNEO				DATA E HORA DE ROTURA DE MEMBRANAS				RUPTURA MEMBRANAS ANTEPARTO				IDADE GEST. no parto				APRESENTAÇÃO																															
DATA DO INGRESSO				CONSULTAS PRE-NATAIS				na GRAVIDEZ dias				completo <input type="radio"/> múltiplos <input type="radio"/> incompl. <input type="radio"/>				semana início <input type="radio"/>				hora min				IG sem.				Tempo até o parto				semanas dias				cefálica <input type="radio"/> pélvica <input type="radio"/> transversa <input type="radio"/>																											
CARTÃO <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/>												incompl. <input type="radio"/> nenhum <input type="radio"/>				cesar. elet. <input type="radio"/>				hora min				<37 sem <input type="radio"/> 18 h. <input type="radio"/>				por DUM por Eco.																																			
hora min				COMPANHIA				POSICÃO				Contr. / 10'				DILATAÇÃO				ALTURA				FCF / DIPS				NOTAS																																			
TRABALHO de PARTO				COMPANHIA				POSICÃO				Contr. / 10'				DILATAÇÃO				ALTURA				FCF / DIPS				NOTAS																																			
sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/>																																																															
NASCIMENTO				VIVO				MORTO				ACOMPANHANTE				POSICÃO PARTO				LACERAÇÕES				OCITOCICOS NA DEQUITAÇÃO				PLACENTA RETIDA				LIGADURA CORDÃO				MgSO4				OTICINA				antibiot.				analgesia				anest. regional				anest. geral				transfusão			
hora min				dia mês ano				parto <input type="radio"/> ignora <input type="radio"/> mormente <input type="radio"/>				compañho (marido) <input type="radio"/> outro <input type="radio"/> familiar <input type="radio"/> nenhum <input type="radio"/>				sentada <input type="radio"/> cócoras <input type="radio"/> deitada <input type="radio"/>				Grau (1 a 4)				ocitocina <input type="radio"/> outro <input type="radio"/> nenhum <input type="radio"/>				extração manual <input type="radio"/> outros <input type="radio"/>				precoce (<30s) <input type="radio"/> tardia (>30s) <input type="radio"/>				sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/>				sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/>				sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/>				sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/>				sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/>				sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/>							
MULTIPLO				feto				espont. <input type="radio"/> cesárea <input type="radio"/> outra <input type="radio"/>				completo <input type="radio"/> múltiplos <input type="radio"/> incompl. <input type="radio"/>				semana início <input type="radio"/>				hora min				IG sem.				Tempo até o parto				semanas dias				cefálica <input type="radio"/> pélvica <input type="radio"/> transversa <input type="radio"/>																											
MORTO				parto				ignora				mormente																																																			
SEXO				PESO AO NASCER				PER. CEFÁLICO				IG CONFIÁVEL				PESO I.G.				APGAR				REANIMAÇÃO				ÓBITO EM SALA DE PARTO				ATENDEU médico				enf./obst.				auxil.				estud./empir.				outro				Nome											
f <input type="radio"/> m <input type="radio"/>				g				cm				sem.				adeq. <input type="radio"/> peq. <input type="radio"/> gde. <input type="radio"/>				1º min. <input type="radio"/> 5º <input type="radio"/>				máscara <input type="radio"/> tubo <input type="radio"/> massagem <input type="radio"/> adrenalina <input type="radio"/>				sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/>				PARTO																															
nenhum <input type="radio"/> definido <input type="radio"/>				menor 2500 g <input type="radio"/>				cm				cm				cm				cm				cm				cm				cm				cm				cm				cm				cm				cm											
DEFEITOS CONGÊNITOS				PATOLOGIAS				RASTREAMENTO NEONATAL				Meconio				Posição				PUERPÉRIO				hora				min				T°C				pulso				PA				invol.				loquos															
nenhum <input type="radio"/> menor <input type="radio"/> maior <input type="radio"/>				nenhum <input type="radio"/>				normal <input type="radio"/> + <input type="radio"/> não se fez <input type="radio"/>				VDRL <input type="radio"/> TSH <input type="radio"/> Hbpatia <input type="radio"/> Audição <input type="radio"/> Bilir. <input type="radio"/>				1º dia <input type="radio"/>				Supina <input type="radio"/>				PARTO				RN <input type="radio"/>																																			
Observações																																																															
ALTA RN				ALTA MATERNA				ANTIRUBEOLA POS-PARTO				ANTICONCEPÇÃO																																																			
vivo <input type="radio"/> óbito <input type="radio"/>				vivo após transferência <input type="radio"/> óbito após transferência <input type="radio"/>				viva <input type="radio"/> não <input type="radio"/>				vigente <input type="radio"/> não <input type="radio"/>				condon <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> natural <input type="radio"/> referida <input type="radio"/> hormonal <input type="radio"/> outro <input type="radio"/>																																															
dia mês				dia mês				dia mês				dia mês				dia mês				dia mês				dia mês				dia mês				dia mês				dia mês				dia mês																							
IDADE dias completos				AMAMENTAÇÃO exclusiva				PESO NA ALTA (g)				viva após transferência				viva após transferência				viva após transferência				viva após transferência				viva após transferência				viva após transferência				viva após transferência																											
<1 dia <input type="radio"/>				parcial <input type="radio"/> fórmula <input type="radio"/>				g				óbito <input type="radio"/>				óbito <input type="radio"/>				óbito <input type="radio"/>				óbito <input type="radio"/>				óbito <input type="radio"/>				óbito <input type="radio"/>				óbito <input type="radio"/>																											
NÚMERO IDENTID.				Nome Recém Nascido				Responsável				Responsável				Responsável				Responsável				Responsável				Responsável				Responsável																															

Esta cor significa ALERTA

Descrição dos códigos atrás

HCP/OPAS-1102