

TABELA 8

Média de pressão arterial sistólica, na internação para parto, segundo IGD e duração da hipertensão

Variáveis	Média		N	p
	PAS parto	E.P.		
IGD				0,01
Até 196	154,8	3,1	35	
197 a 252	152,8	2,0	115	
253 ou mais	146,2	1,7	117	
Duração (dias)				
Até 30	150,3	1,6	162	
31 ou mais	150,1	2,0	105	

TABELA 9

Média de pressão arterial diastólica, na internação para parto, segundo a IGD e duração da hipertensão

Variáveis	Média		N	p
	PAD parto	E.P.		
IGD				0,008
Até 196	101,1	2,7	35	
197 a 252	97,0	1,4	115	
253 ou mais	93,1	1,2	117	
Duração (dias)				
Até 30	95,2	1,2	162	
31 ou mais	96,8	1,6	105	

TABELA 10

Distribuição percentual da forma de início e de término do parto, segundo a IGD e duração da hipertensão

Variáveis	IGD			Duração (dias)	
	≤196	197 a 252	>252	≤30	>30
Início					
Esponâneo	20 ¹	32	47	40	33
Terapêutico	80	68	53	60	67
Término					
Vaginal	46	43	56	48	50
Cesárea	54	57	44	52	50
(N)	35	115	117	162	105

(1)p= 0,005

O grupo de mulheres com diagnóstico de hipertensão arterial antes de 28 semanas de amenorréia, apresentou frequência quase duas vezes maior de indicação de parto terapêutico que o grupo com hipertensão após a 36ª semana, e esta diferença foi estatisticamente significativa. Apesar da maior frequência de parto terapêutico, o parto cesárea não apresentou diferença estatisticamente significativa nos diversos grupos (Tabela 10).

Apesar de a percentagem com morbilidade materna ter sido mais de quatro vezes maior no grupo em que a hipertensão se manifestou precocemente na gravidez que no grupo de início tardio, esta diferença não foi estatisticamente significativa. A presença de TPP ocorreu em número muito reduzido de casos e não se identificou diferença estatisticamente significativa entre os grupos de idade gestacional ao diagnóstico, nem com a duração da doença (Tabelas 11 e 12).

TABELA 11

Distribuição percentual da morbidade materna, segundo a IGD e duração da hipertensão

Morbidade	IGD			Duração (dias)	
	≤196	197 a 252	>252	≤30	>30
Sim	11	9	3	7	5
Não	89	91	97	93	95
(N)	35	115	117	162	105

TABELA 12

Distribuição percentual do TPP, segundo a IGD e duração da hipertensão

TPP	IGD		Duração (dias)	
	≤252	>252	≤30	>30
Sim	3	2	2	3
Não	97	98	98	97
(N)	150	117	162	105

TABELA 13

Média de dias de internação da mulher, segundo IGD e duração da hipertensão

Variáveis	Média de dias	E.P.	N	p
IGD				0,001
Até 196	5,4	0,7	35	
197 a 252	4,3	0,2	115	
253 ou mais	3,6	0,2	117	
Duração (dias)				
Até 30	4,1	0,2	162	
31 ou mais	4,2	0,3	105	

As mulheres com manifestação precoce da hipertensão apresentaram maior tempo de internação, com diferenças estatisticamente significativas. A duração da hipertensão não se correlacionou ao tempo de internação da mulher (Tabela 13).

TABELA 14

Indicadores de morbidade materna significativamente correlacionados à IGD da hipertensão arterial

Variáveis	IGD			p
	≤196	197 a 252	>252	
Média PAS máxima	155,6	152,6	145,0	<0,001
Média PAD máxima	103,0	101,0	97,2	0,01
Média PAS parto	154,8	152,8	146,2	0,01
Média PAD parto	101,1	97,0	93,0	0,008
Parto terapêutico (%)	80,0	67,8	53,0	0,005
Média de internação	5,4	4,3	3,6	0,001

A Tabela 14 resume as variáveis dependentes maternas que estiveram significativamente associadas à época de manifestação da hipertensão arterial na gravidez.

5.3 Correlação da idade gestacional à época do diagnóstico e a duração da hipertensão arterial com as variáveis dependentes perinatais

Aproximadamente 70% das mulheres com hipertensão prévia à 36ª semana de gravidez apresentaram parto prematuro e esta proporção foi tanto maior quanto mais precoce a manifestação da hipertensão. A presença de SDR foi maior quanto mais precocemente se iniciou a hipertensão durante a gravidez. Não houve associação com outras morbidades neonatais, nem entre a duração da hipertensão e as variáveis neonatais analisadas (Tabela 15).

TABELA 15

Distribuição percentual da idade gestacional pediátrica e da morbidade do RN, segundo IGD e duração da hipertensão

Variáveis	IGD			Duração (dias)	
	≤196	197 a 252	>252	≤30	>30
IG pediátrica					
Até 258	43	27	1 ¹	20	13
259 ou mais	57	73	99	80	87
(N)	35	119	120	167	107
Morbidade SDR					
Sim	26	12	2 ²	10	8
Não	74	88	98	90	92
Outras					
Sim	52	61	54	61	51
Não	48	39	46	39	49
(N) *	31	116	120	163	104

* Excluídos 7 natimortos; (1) $p < 0,00001$; (2) $p = 0,00005$

TABELA 16

Distribuição percentual do peso do RN e da adequação do peso, segundo a IGD e duração da hipertensão

Variáveis	IGD			Duração (dias)	
	≤196	197 a 252	>252	≤30	>30
Peso					
Até 2499	49	45	8 ¹	28	30
2500 ou mais	51	55	92	72	70
Adequação					
Até 10	28	32	10 ²	21	23
10 a 90	69	65	83	74	73
91 ou mais	3	3	7	5	4
(N)	35	119	120	167	107

(1) $p < 0,00001$; (2) $p = 0,0009$

Ocorrendo precocemente na gravidez, a hipertensão arterial correlacionou-se à maior proporção de recém nascidos de baixo peso e com retardo de crescimento intrauterino, apresentando altos níveis de significação estatística. Não houve, porém, associação entre estas variáveis neonatais e a duração da hipertensão durante a gravidez (Tabela 16).

Apenas a presença de sofrimento fetal crônico ou ante-parto se correlacionou positivamente à hipertensão arterial prévia à 36ª semana de gestação. Não houve associação de sofrimento fetal agudo e índice de Apgar ao 5º minuto menor que 6 com a precocidade ao início da hipertensão. Também, nenhuma destas variáveis mostrou associação com duração da hipertensão (Tabela 17 e 18).

TABELA 17

Distribuição percentual de sofrimento fetal agudo e crônico, segundo IGD e duração da hipertensão

Variáveis	IGD			Duração (dias)	
	≤196	197 a 252	>252	≤30	>30
SFA					
Sim	23	31	26	28	28
Não	77	69	74	72	72
SFC					
Sim	26	14	5 ¹	10	13
Não	74	86	95	90	87
(N) *	31	116	120	163	104

* Excluídos 7 natimortos; (1) p=0,002

TABELA 18

Distribuição percentual do índice de Apgar ao 5º minuto de vida, segundo IGD e duração da hipertensão

Apgar 5º minuto	IGD		Duração (dias)	
	≤252	>252	≤30	>30
Até 6	4	2	3	3
7 ou mais	96	98	97	97
(N) *	147	120	163	104

*** Excluídos 7 natimortos**

As Tabelas 19 e 20 apresentam as médias de idade gestacional pediátrica e de peso do recém-nascido, respectivamente, e confirmam a relação entre a maior prematuridade e o menor peso do RN, e à maior precocidade do início do processo hipertensivo, sem associação à duração da hipertensão.

TABELA 19

Média de idade gestacional pediátrica, segundo a IGD e a duração da hipertensão

Variáveis	Média		N	p
	IG pediátrica	E.P.		
IGD				<0,001
Até 196	254,0	5,2	35	
197 a 252	267,4	1,6	119	
253 ou mais	281,5	0,7	120	
Duração (dias)				
Até 30	272,2	1,5	167	
31 ou mais	271,4	1,7	107	

TABELA 20**Média de peso do RN, segundo a IGD e a duração da hipertensão**

Variáveis	Média de peso	E.P.	N	p
IGD				<0,001
Até 196	2330,0	176,8	35	
197 a 252	2633,0	68,1	119	
253 ou mais	3180,8	44,5	120	
Duração (dias)				
Até 30	2847,1	60,2	167	
31 ou mais	2815,1	71,6	107	

TABELA 21

Média de tempo de internação do RN, segundo IGD e duração da hipertensão

Variáveis	Média de internação	E.P.	N	p
IGD				<0,001
Até 196	13,6	3,3	35	
197 a 252	9,2	0,9	119	
253 ou mais	4,4	0,2	120	
Duração (dias)				
Até 30	7,2	0,7	167	
31 ou mais	8,4	1,2	107	

* excluídos 7 natimortos

O maior tempo de internação do RN foi diretamente proporcional à época de manifestação da hipertensão arterial e não à duração da mesma (Tabela 21).

TABELA 22

Distribuição percentual na condição de alta do RN, segundo a IGD e duração da hipertensão

Condição na alta	IGD			Duração (dias)	
	≤196	197 a 252	>252	≤30	<30
Morto	20	5	0 ¹	5	5
Vivo	80	95	100	95	95

(1) p=0,00001

A mortalidade perinatal esteve presente apenas quando a mulher apresentou hipertensão prévia à 36ª semana de gravidez, sendo quatro vezes maior no grupo de mulheres com hipertensão arterial até 28 semanas que entre aquelas em que o início da hipertensão aconteceu da 28ª a 36ª semana de gestação (Tabela 22).

TABELA 23

Indicadores de morbimortalidade perinatal significativamente correlacionados à IGD da hipertensão arterial

Variáveis	IGD			p
	≤196	197 a 252	>252	
Prematuro (%)	42,9	26,9	0,8	<0,00001
Baixo peso (%)	48,6	44,5	7,5	<0,00001
PIG (%)	28,6	31,9	10,0	0,0009
SFC (%)	25,8	13,8	5,0	0,002
SDR (%)	25,8	12,1	1,7	0,00005
Média de internação	13,6	9,2	4,4	<0,001
Mortalidade perinatal (%)	20,0	5,4	0	0,00001

A Tabela 23 resume as associações entre morbimortalidade perinatal e a época de manifestação da doença materna, e que resultaram estatisticamente significativas.

Tabela 24

Características maternas pre - gestacionais e gestacionais para os casos de natimortalidade

Id	Paridade	Ant. Morbidos	IG - PA inicial Sem. - mmHg	IG - PA máxima Sem. mmHg	IG - PA parto Sem. mmHg	Parto	Peso (g)	Observações
43	G10A9P0	----	12 - 110/80	35 - 140/110	39 - 130/100	PN	2390	----
25	G4C1A2	H.A.	15 - 110/70	29 - 165/110	30 - 165/110	PC	0950	PP + Sífilis tta
17	G1P0A0	----	14 - 130/80	35 - 140/110	35 - 140/110	PC	2000	PPP
21	G1P0A0	Cardiopatia	12 - 100/70	26 - 170/100	27 - 130/90	PN	0750	----
27	G1P0A0	----	10 - 130/80	27 - 200/120	27 - 200/120	PN	0590	Anencefalia
34	G3P0A2	H.A. + cardiopatia	14 - 110/80	30 - 160/115	32 - 160/115	PN	1200	----
37	G3C3A3	H.A.	9 - 110/60	34 - 160/100	36 - 140/90	PC	1870	----

IG (idade gestacional) PP = placenta previa centro total

A Tabela 24 resume os casos de natimortalidade, segundo as características maternas pre-gestacionais e da evolução pre-natal.

Tabela 25

Características maternas pre - gestacionais e gestacionais para os casos de morte neonatal

Id	Paridade	Ant. morbido	IG - PA inicial Sem - mmHg	IG - PA máxima Sem. mmHg	IG - PA parto Sem. mmHg	Parto/ Indicação	Peso / Adequação	Causa da morte
40	G4P3A0	----	13 - 120/60	33 - 180/110	34 - 170/110	PC/SFC	1410/PIG	Siad. disarfrica
24	G1P0A0	----	11 - 90/60	29 - 170/120	29 - 170/120	PC/MATERNA	1020/PIG	Prematuridade
29	G1P0A0	----	10 - 100/70	29 - 140/90	29 - 140/90	PC/SFC	0880/PIG	Prenat./Sepsis
42	G2P0A1	----	16 - 120/70	21 - 160/100	37 - 160/100	PC/MATERNA	3630/AIG	Sepsis
23	G5P3A1	N.A.	16 - 120/80	31 - 190/140	31 - 200/130	PN/TPP	1000/PIG	Prenat./sepsis
32	G4P3C2	N.A.	12 - 120/80	24 - 150/100	30 - 170/120	PC/MATERNA	0820/PIG	Prematuridade

IG = Idade gestacional

A Tabela 25 resume os casos de morte neonatal, segundo as características maternas pre-gestacionais, indicação de parto e causa da morte do recém-nascido.

5.4. Correlação dos fatores que mais se associaram aos resultados maternos e perinatais desfavoráveis, por análise multivariada

Para a análise multivariada, adotou-se dois modelos.

No primeiro modelo, estudou-se a associação entre a idade gestacional ao diagnóstico e a duração da hipertensão (variáveis independentes) e as variáveis dependentes maternas e perinatais controladas pela idade, peso da mulher prévio à gravidez, paridade, intervalo interpartal, antecedentes mórbitos pessoais, gestação múltipla e local da assistência pré-natal (variáveis de controle).

No segundo, os níveis máximos de pressão arterial e a pressão arterial na internação para parto foram incorporados às variáveis independentes na regressão das variáveis dependentes perinatais e das demais variáveis dependentes maternas.

TABELA 26

Variáveis dependentes maternas associadas à IGD da hipertensão arterial (modelo um)

Variáveis	p	r
PAS máxima	0,0001	- 0,2650
PAD máxima	<0,0001	- 0,2532
PAS parto	0,01	- 0,1853
PAD parto	0,003	- 0,2023
Parto terapêutico	0,01	- 0,1098
Dias de internação	0,003	- 0,2106

Na análise multivariada, que incluiu todas as variáveis de controle, mantiveram-se as mesmas associações entre idade gestacional no início da hipertensão e as variáveis dependentes maternas já identificadas na análise univariada. (Tabela 26).

TABELA 27

**Variáveis dependentes maternas associadas aos níveis de pressão arterial
(modelo dois)**

Variáveis	V. dependentes	p
PAS máxima	maior tempo de internação	<0,0001
PAS ao parto	eclâmpsia	0,035
PAD ao parto	cesárea	0,0025
	parto terapêutico	0,002

A severidade da hipertensão se correlacionou com a indicação de parto terapêutico, parto cesárea, e ao maior tempo de internação materna (Tabela 27).

TABELA 28

Variáveis dependentes perinatais associadas à IGD da hipertensão
(modelo um)

Variáveis	p	r
Idade gestacional pediátrica	<0,0001	0,5075
Peso	<0,0001	0,4218
PIG	0,0002	- 0,2217
Apgar 5º minuto	<0,0001	- 0,5096
SDR	0,0001	- 0,3122
Hiperbilirrubinemia	0,03	0,0818
Dias de internação	<0,0001	- 0,3384
Mortalidade perinatal	0,0002	- 0,3539

A análise multivariada confirmou as associações entre a menor idade gestacional ao diagnóstico e as variáveis neonatais, já identificadas na análise univariada, como é o caso da idade gestacional pediátrica, peso de RN, frequência de PIG, porcentagem de RN com SDR, dias de internação e mortalidade perinatal. Desapareceu a associação encontrada na análise univariada com sofrimento fetal crônico, mas apareceram outras como índice de Apgar ao 5º minuto de vida e incidência de hiperbilirrubinemia. O antecedente de cardiopatia se associou, ainda, a menor índice de Apgar ao 5º minuto de vida (Tabela 28).

TABELA 29

Variáveis dependentes perinatais associadas aos níveis de pressão arterial (modelo dois)

Variáveis	V. dependentes	p
PAS máxima	SFC Apgar 5º minuto	<0,0001 0,02
PAD máxima	PIG	0,0001

Os altos níveis tensionais durante a gravidez conduziram à maior frequência de sofrimento fetal crônico, menor índice de Apgar ao 5º minuto de vida, além de maior incidência de PIG. (Tabela 29).

DISCUSSÃO

6. Discussão

Os resultados mostraram que o início precoce do processo hipertensivo foi o principal responsável pelos resultados perinatais desfavoráveis, e fator de importância no prognóstico de evolução da doença materna.

Ao contrário do que se imaginava, o maior tempo em que a mulher permaneceu hipertensa não se correlacionou à maior gravidade da doença, nem tampouco pouco aos resultados perinatais desfavoráveis.

É evidente que, ao se avaliar as gestações de mulheres com transtorno hipertensivo, necessário se faz observar que na gênese destes resultados, estão implicados muitos fatores que vão desde o nível sócio-econômico-cultural, as condições de assistência médico-hospitalar, até os fatores envolvidos com a manipulação da doença, que passam desde o diagnóstico até o tratamento.

A população de mulheres que freqüentam a Maternidade do CAISM é, na grande maioria, de baixa condição sócio-econômica. Portanto, diversos fatores que poderiam interferir nos resultados nos parecem relativamente homogêneos. Por outro lado, a análise multivariada permitiu controlar possíveis diferenças ao incluir as variáveis assistência pré-natal e peso materno prévio à gestação, as quais, por estarem associadas ao nível social, contribuíram para reduzir

eventuais diferenças no nível sócio econômico, que poderiam confundir os resultados.

A amostra foi selecionada do grupo total de mulheres, com transtorno hipertensivo, que deram à luz em nossa Maternidade no período referido previamente. Do número inicial de 1468 mulheres hipertensas, apenas 267 puderam ser incluídas neste estudo, o que representou 18.2% dos casos totais de hipertensão. Este achado suscitou algumas inquietações. A primeira foi a constatação de que a cobertura pré-natal ainda permanece precária, mesmo em centros mais desenvolvidos pois, embora tenha atingido 88% das mulheres hipertensas, 36% do grupo total de mulheres só iniciaram pré-natal após a 16ª semana de gravidez. Estes dados confirmam um estudo sobre a assistência pré-natal no Estado de São Paulo, que mostrou frequência de 30 a 35% de gestantes com início tardio ou ausência de cobertura pré-natal, PAISM (1988). Em segundo lugar, evidenciou a dificuldade para a realização de estudos clínicos em hipertensão na gravidez, já que a população, de maneira geral, apesar de acreditar na importância da assistência pré-natal, deixa esta preocupação para a segunda metade da gravidez. Isto dificulta a classificação clínica dos estados hipertensivos, quando a mulher desconhece seus níveis pressóricos pré-gestacionais, o que é relativamente comum entre as mulheres de baixo nível sócio-cultural e coincidente com a população estudada. Apesar disso, o cálculo estatístico para o tamanho amostral considerou suficiente o número

de casos para a análise de todas as variáveis propostas, embora os resultados, provavelmente, teriam sido piores se o grupo total tivesse sido incluído.

O diagnóstico de hipertensão foi clínico, baseado nos níveis de pressão arterial sistólica e diastólica. Considerou-se anormais os índices de 140/90 mmHg ou mais, além do incremento de 30 mm Hg na pressão sistólica e 15 mmHg na pressão diastólica sobre os níveis iniciais da gravidez, prévios à 16ª semana, para se estabelecer o diagnóstico. Todavia, todas as mulheres apresentaram, pelo menos, duas medidas de 140/90 mmHg, durante o pré-natal. Tal fato levou à certeza de que não se incluiu erroneamente, nenhuma mulher normotensa no estudo. Por outro lado, utilizou-se o limite superior de 130/80 mmHg para se considerar a mulher como normotensa, no início do segundo trimestre. Este valor é concordante com o estabelecido por Greenhill & Friedman (1974). Entretanto, o valor de 130/80 mmHg em PAM, corresponde a 96 mmHg, e Page & Christianson (1976) observaram que a PAM, no segundo trimestre, maior ou igual a 90 mmHg, se seguia de maiores complicações, tanto maternas quanto perinatais, na evolução destas gestações. Não se considerou a PAM e assim, não se tem como avaliar este conceito.

A utilização de informações colhida fora de nosso serviço pode ser considerada uma falha na metodologia, uma vez que a pressão arterial sofre modificações segundo a técnica de medida e o som de Korotkoff utilizado para considerar a pressão diastólica.

De regra, nos serviços da rede primária de Campinas e da região, a medida da pressão arterial é realizada com a mulher na posição sentada. Nesta posição, por efeito hidrostático, a pressão arterial sistólica e diastólica tende a ser maior (10 mmHg), (Wichman et al, 1984), do que aquela tomada com a mulher em decúbito lateral esquerdo, como o padronizado em nosso serviço. Para controlar esta possível influência, incluiu-se o local da assistência pré-natal, como variável de controle, e não houve diferença significativa na porcentagem de pacientes com hipertensão prévia à 28ª semana, e entre 28 e 36 semanas nas mulheres provenientes de outros serviços (14.6% e 44.9%, respectivamente), em relação ao nosso (10% e 40%). Desse modo, é pouco provável que estas variações possam ter interferido nos resultados. Como o quinto som de Korotkoff (som de desaparecimento) é mais fácil de ser utilizado, tem sido ele escolhido em todo serviço de saúde que atende mulheres grávidas.

Como o objetivo do presente estudo era avaliar a influência da pressão arterial diagnosticada em diferentes fases da gestação e da duração até o parto, não se classificou, clinicamente, os transtornos hipertensivos. E é possível que, se feito, estar-se-ia errando em uma porcentagem significativa pois, excetuando 13% (35) das mulheres, que sabidamente eram hipertensas crônicas, as demais seriam classificadas como provável pré-eclâmpsia. Neste último grupo, cerca de metade foi constituído por múltiparas (47.19%) e aproximadamente 30% das mulheres tinham idade superior a 30 anos.

Estes dados mostram um grupo heterogêneo, e a literatura tem reforçado o conceito de que estudos sobre pré-eclâmpsia, que se baseiam em diagnóstico clínico, devem ser constituídos apenas de nulíparas para diminuir a possibilidade de erro no diagnóstico e, conseqüentemente, conclusões errôneas nos resultados (Chesley et al, 1976; Gleicher et al, 1986).

Não se considerou, como variáveis, o uso de medicamentos anti-hipertensivos e outros tratamentos que foram utilizados durante a gravidez e no parto. E na análise da terapia em hipertensão, Collins & Wallenburg (1991) utilizando a meta análise e Fletcher & Bulpitt (1988), após minuciosa revisão da literatura, concluíram que os ensaios clínicos de diferentes drogas para terapia anti-hipertensiva não têm mostrado grandes diferenças de efeito no seguimento materno e fetal. " Nenhum ensaio clínico, controlado e randomizado para tratamento da pré-eclâmpsia envolveu número suficiente de mulheres para medir se a mortalidade perinatal é reduzida ou aumentada com o uso de determinada droga " (WHO, 1987). Por outro lado, o protocolo de conduta para grávida hipertensa tem-se mantido bastante homogêneo no serviço durante todo o período estudado.

A idade, os antecedentes mórbitos, o peso da mulher prévio à gestação, o intervalo interpartal, também foram utilizados como variáveis de controle.

Apenas os antecedentes mórbidos de hipertensão arterial e cardiopatia se correlacionaram com a época de aparecimento da hipertensão, e o antecedente de hipertensão crônica também se associou à maior duração da doença.

A constatação de que cerca de um terço das mulheres com antecedentes de hipertensão arterial se apresentava hipertensa na altura da 28ª semana de gravidez e tiveram maior duração da doença, é concordante com a literatura, uma vez que mulheres hipertensas crônicas podem se manter aparentemente normotensas no curso da gravidez e, ao final do segundo trimestre, ou precocemente no terceiro, apresentarem elevação na pressão arterial.

O antecedente de cardiopatia esteve presente em 10 casos (3.7%) e também associou-se à precocidade da instalação da doença, já que, em nove dos dez casos, a hipertensão foi manifestada até a 28ª semana de gravidez sem, contudo, prolongar sua duração. Se bem que não tenha sido avaliado o diagnóstico etiológico da cardiopatia, a literatura tem mostrado que a hipertensão arterial na gravidez tende a ser mais severa na presença de patologias vasculares prévias, e a precocidade na manifestação da doença, sem incremento na duração, pode ser considerado um fator de maior gravidade.

Para as variáveis consideradas dependentes, os níveis de pressão arterial sistólica e diastólica, durante a gravidez e no parto, estiveram intimamente relacionados à época de manifestação da

hipertensão arterial e se apresentaram tanto mais elevados quanto menor era a idade gestacional por ocasião do aparecimento da hipertensão. E estes mesmos níveis provavelmente atuaram como variável intermediária que explica a associação entre a idade gestacional no início do quadro hipertensivo e as variáveis dependentes.

Os resultados mostraram, através da análise univariada, que a indicação de parto terapêutico se associou significativamente ao período gestacional de instalação da hipertensão, sendo esta a conduta adotada em 80% dos casos com doença manifestada até 28 semanas, em 67,8%, quando iniciada de 28 a 36 semanas e, em 53%, entre aquelas em que a hipertensão se iniciou após 36 semanas, sem, contudo, sofrer influência da duração da doença. Este achado leva à hipótese de que, quanto mais precoce a manifestação da hipertensão, pior a evolução materna. E esta alta incidência de partos terapêuticos, coincidentes com a precocidade de instalação da doença materna, vem de encontro aos estudos que evidenciaram melhora nos resultados maternos com a pronta resolução do parto, na vigência de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, à revelia da idade gestacional, uma vez que as tentativas de prolongar a gravidez não têm conduzido à melhora nas condições perinatais e tendem a incrementar a morbidade materna (Neme & Behle, 1978, Sibai et al, 1985 e outros). Por outro lado, as precárias condições sócio-

assistências, ainda vigentes em nosso meio, contribuem, dificultando o controle destas mulheres e, indiretamente, elevando a indicação de parto terapêutico.

Embora a manifestação precoce da hipertensão na gravidez tenha se correlacionado a maiores índices de parto terapêutico, a realização do parto por cesárea não se associou à época de instalação da hipertensão verificada pela análise univariada. No entanto, foram os maiores níveis de pressão arterial diastólica na internação, dentre todas as variáveis independentes e de controle, a única que se correlacionou ao parto por cesárea, na regressão logística. Como o parto é a melhor medida terapêutica para a gestante com transtorno hipertensivo, e isto é consenso na literatura, a via de parto estará na dependência, primordialmente, das condições clínicas maternas, da maturidade e vitalidade fetal, bem como do estado inicial do colo uterino.

No presente estudo a incidência de parto cesárea foi de 51.3% dos casos, embora elevada em relação à relatada pela literatura internacional, de 20 a 37% (Mutch et al, 1977; Lin et al, 1982; Lenox et al, 1990), não é maior que a de outros autores em nosso meio (Neme & Behle, 1978; Cunha et al, 1981; Freire et al, 1986).

A elevada incidência de parto cesárea nestas mulheres talvez seja reflexo da maior dificuldade na assistência ao trabalho de parto, que deve ser monitorizado pelo risco que apresenta de sofrimento

fetal, de agravamento do quadro materno e de distócia funcional. Outro aspecto que precisa ser lembrado é a ausência, em nosso meio, de método eficaz para o preparo do colo uterino prévio à indução ocitócica. Nos países de primeiro mundo, o uso de gel de prostaglandina E2, no fundo de saco vaginal ou intracervical, para indução de parto, já está consagrado como método seguro e eficaz, tanto para a mãe, quanto para o feto e neonato (Rayburn, 1989).

Todos estes aspectos têm sido favoráveis a que obstetras brasileiros sejam mais liberais na indicação da cesárea, chegando alguns autores, como Corrêa (1986), a contraindicar a indução de parto na presença de estado hipertensivo moderado e/ou grave.

A ausência de correlação com trabalho de parto prematuro, que representou ocorrência rara neste grupo de mulheres hipertensas (2%), é concordante com a literatura, ao considerar que a hipertensão arterial não predispõe a esta complicação (WHO, 1987).

A morbidade materna foi cerca de quatro vezes maior quando a hipertensão se manifestou até a 28ª semana, intermediária na ocorrida entre 28 e 36 semanas, e esteve presente em apenas 2,6% quando a hipertensão se iniciou após 36 semanas de gestação. A ausência de diferença estatística, na análise univariada, provavelmente pode ser explicada pelo reduzido número de casos (6 casos de eclâmpsia, 11 casos de DPP e 2 casos de síndrome HELLP). Contudo, apesar de a grande maioria dos autores não estudar os

resultados maternos com relação à época de instalação da hipertensão na gravidez, a análise da literatura mostra evolução mais grave da doença quando esta se manifesta precocemente no terceiro trimestre. Por exemplo, a análise da mortalidade materna decorrente da eclâmpsia, avaliada por Lopez-Llera et al (1976), mostrou que, em 58% dos casos que evoluíram para óbito, a eclâmpsia se manifestou com idade gestacional menor que 35 semanas. O descolamento prematuro de placenta, no grupo de gestantes hipertensas, foi mais freqüente entre 32 a 35 semanas de gestação (Abdella et al, 1984). A presença de síndrome HELLP, segundo a maioria dos autores, ocorre com média de idade gestacional de 32 a 34 semanas (Pritchard et al 1954; Weinstein, 1982; Aarnoudse et al, 1986; Sibai et al, 1986). Acredita-se, por isso, que a ocorrência precoce da hipertensão na gravidez conduza à maior morbidade materna.

Em nossa série, a presença de eclâmpsia se correlacionou a altos níveis de pressão arterial sistólica no momento da internação da mulher, verificada na análise de regressão logística. O mesmo estudo de Lopez-Llera et al (1976) sobre a mortalidade materna na eclâmpsia correlacionou, não apenas o nível elevado de pressão arterial sistólica e diastólica na eclâmpsia, como também a diferença significativa entre os altos níveis tensionais e a ocorrência de óbito materno.

Todavia, outros autores, como Sibai (1988), não consideram o nível tensional como fator preditivo para eclâmpsia, ao descrever que, em aproximadamente um quinto das mulheres, a eclâmpsia se manifestou com pressão arterial sistólica inferior a 140 mmHg. É provável que outras variáveis possam estar interferindo nos resultados apresentados por estes autores, como, por exemplo, a manifestação da eclâmpsia em adolescentes, em cuja faixa etária os níveis tensionais prévios à gravidez são baixos e a pressão arterial sistólica próxima a 140 mmHg pode ser suficiente para desencadear a convulsão.

O período de internação da mulher foi tanto maior quanto mais precocemente se manifestou a hipertensão na gravidez, com média de 5.4 dias para o grupo com hipertensão até 28 semanas de gestação e média de 3.6 dias para o grupo em que a hipertensão aconteceu após a 36ª semana. Estes resultados vêm corroborar a hipótese de maior morbidade do quadro materno nas formas precoces da doença que acarretariam maior tempo de internação.

Não houve, na presente casuística, nenhuma morte materna e, nisso, concorda-se com a grande maioria dos autores, ou seja, que a assistência pré-natal precoce e com intervalos regulares ainda é a melhor maneira de detectar e tratar, em tempo hábil, as complicações decorrentes dos transtornos hipertensivos, evitando o desfecho fatal que é o óbito materno.

A melhoria na qualidade da assistência às gestantes com transtornos hipertensivos, além dos recursos destinados à propedêutica do bem estar fetal e da alta tecnologia nos cuidados neonatais, têm contribuído para o decréscimo acentuado da mortalidade perinatal, nos países desenvolvidos. Nos países de terceiro mundo, esta permanece elevada e poucos são os serviços públicos com capacidade para dar assistência adequada a recém nascido de alto risco, prematuros, com retardo de crescimento intrauterino ou anoxiados.

Se bem que a nossa casuística seja de um hospital universitário, tem-se, ainda, os resultados precários no seguimento de gestações com peso fetal estimado inferior a 1000g.

Considerando a asserção acima, procurou-se, ao comparar os resultados neonatais do presente estudo, confrontá-los, quando possível, aos encontrados por autores de nosso meio, justificados por maior homogeneidade entre os recursos destinados aos cuidados destes recém nascidos.

Esta série representou um grupo de gestantes com adequada assistência pré-natal, de acordo com os critérios estabelecidos pela WHO. Tal fato retira da morbimortalidade perinatal a variável ausência ou precária assistência pré-natal, como fator agravante destes resultados.

A incidência de prematuridade no grupo estudado foi de 17,5%, índice que aumentou significativamente, quando a hipertensão ocorreu até 28 semanas de gestação, situação em que aproximadamente metade (43%) das mulheres teve parto pré-termo. A frequência de prematuridade, embora elevada pelas características da população do estudo, foi motivada, principalmente, pela indicação de parto terapêutico e perdas fetais mais freqüentes na hipertensão precoce, sendo inferior aos índices apresentados por autores de nosso meio onde a prematuridade esteve entre 23 a 43% das gestações com transtornos hipertensivos (Freire et al, 1986; Cunha et al, 1981; Taborda et al, 1991) e um pouco mais próxima a de países de primeiro mundo, como a Suécia, (13.6% dos casos) apresentada por Hogsted et al (1988). A menor proporção de prematuro verificada neste estudo, em relação a outras experiências de nosso país, talvez possa ser justificada, em virtude de ser a nossa casuística constituída por grupo selecionado de mulheres que apresentaram bons cuidados pré-natais e de início precoce.

A prematuridade é variável intermediária à morbidade neonatal. Em nossa série, a síndrome do desconforto respiratório esteve presente em 9.0% dos casos e foi tão mais freqüente quanto mais precoce foi a hipertensão. O grupo de mulheres com hipertensão precoce também apresentou maior proporção de prematuros, o que mostra evidente correlação. A análise multivariada (modelo um) encontrou associação de hiperbilirrubinemia do RN quando a hipertensão foi precoce na gravidez. Achados semelhantes de morbidade neonatal, 7%

de síndrome de desconforto respiratório e 11% de hiperbilirrubinemia, foram encontrados por Taborda et al (1991), em 275 recém nascidos de mães com transtornos hipertensivos na gravidez, embora não tenha sido avaliada a época de manifestação da doença.

A maior morbidade do recém nascido se associa a um evidente aumento nos cuidados neonatais que, indiretamente, pode ser medido por maior tempo de internação. E aqui também se verificou que a média de tempo de internação do RN foi tanto maior quanto mais precoce foi a hipertensão: 13.6 dias para os recém nascidos de mães com hipertensão até a 28ª semana, versus 4.4 dias, naqueles de mães com hipertensão após as 36 semanas.

O baixo peso ao nascimento esteve presente em 28.8% dos produtos da concepção, atingindo quase 50% quando a hipertensão arterial foi precoce na gravidez. Estes resultados são semelhantes aos de Taborda et al (1991) que encontraram 26,7% de baixo peso e superiores aos de Cunha et al (1981) que encontraram 16,39% de neonatos com peso inferior a 2500g. Porém, este último autor excluiu da análise os natimortos.

Como o baixo peso ao nascimento nem sempre corresponde ao retardo de crescimento intrauterino, pois podem estar incluídos prematuros com peso adequado, utilizou-se a adequação do peso ao nascimento com a idade gestacional e encontrou-se associação direta entre a

proporção de pequenos para idade gestacional e precocidade da hipertensão. A incidência de retardo de crescimento, nessa série, foi de 21.9% (60 casos), incluídos os natimortos, sendo que apenas 10% destes pertenciam ao grupo de mulheres com hipertensão arterial após as 36 semanas de gravidez. Estes dados são concordantes aos de Long et al (1980) e de Ihle et al (1984) ao associarem maior proporção de retardo de crescimento intrauterino à hipertensão manifesta prévia às 37 semanas de gestação.

Quanto à correlação entre o maior tempo de hipertensão e os maiores índices de baixo peso e de retardo de crescimento, nossos resultados mostram que a proporção de baixo peso foi mais ou menos semelhante nos diferentes tempos da doença. Esta mesma observação se repetiu para o retardo de crescimento, o que foi discordante da afirmação de Hendricks & Brenner (1971), Long et al (1980) e de Lin et al (1982) ao atribuírem a maior porcentagem de retardo de crescimento intrauterino ao maior tempo de exposição materna à hipertensão arterial. Nossa hipótese é que, no dois primeiros estudos, os autores apenas separaram dois grupos de mulheres, e chamaram precoce quando o diagnóstico de hipertensão foi feito previamente a 37 semanas e tardio, se feito após este período sem, contudo, estar controlando o tempo propriamente dito. E, no terceiro caso, para apresentar seus resultados, o autor considerou o tempo maior que quatro semanas, não deixando claro, porém, em sua metodologia, a época do diagnóstico da hipertensão.

Não se encontrou, entre os estudos nacionais cifras globais de retardo de crescimento intrauterino e sim condicionadas ao provável fator etiológico da hipertensão na gravidez. Os resultados mostram os maiores índices de retardo de crescimento na presença de hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta. Acredita-se que estejam, provavelmente neste grupo, as mulheres que manifestam precocemente a hipertensão na gravidez.

Achado interessante ocorreu ao se analisar a presença de sofrimento fetal. Dividiu-se esta variável em sofrimento fetal ante-parto e intra-parto, como foi descrito na metodologia. O sofrimento fetal ante-parto foi tanto mais freqüente quanto mais precoce foi a manifestação da hipertensão. Isto sugere ter sido maior o comprometimento placentário (quanto maior foi a precocidade da manifestação da doença materna). Tais dados são concordantes com os achados de Neme & Behle (1978) ao atribuírem a redução da mortalidade perinatal à melhoria nos métodos propedêuticos para avaliação do bem-estar fetal que favorecem a retirada precoce do feto comprometido. A análise por regressão logística fortalece esta hipótese ao encontrar correlação entre o sofrimento fetal ante-parto e o antecedente de hipertensão arterial crônica.

No entanto, ao se analisar o sofrimento fetal intra-parto, não se encontrou associação significativa com a época de manifestação da doença. A hipótese provável para este achado é que os testes de avaliação de vitalidade fetal retiram do grupo total os casos com

maior comprometimento fetal, levando ao desaparecimento da diferença estatística entre os grupos.

Por outro lado, a análise da depressão neonatal, com índice de Apgar ao 5º minuto de vida menor ou igual a 6, não mostrou diferença estatística entre os grupos, possivelmente por ocorrência reduzida (3% ou 8 casos). Todavia, a análise por regressão logística associou a precocidade da hipertensão e os altos níveis de pressão arterial sistólica durante a gravidez ao baixo índice de Apgar ao 5º minuto de vida. Este achado é concordante ao de Lenox et al (1990) numa série de 666 casos, em que os autores selecionaram os grupos, a partir dos níveis tensionais, e verificaram associação entre a depressão neonatal com os níveis mais severos da doença materna, independente da duração da doença.

A mortalidade perinatal global (incluindo natimortos na internação da mulher em nosso serviço) no grupo estudado foi de 4,7%, sendo 2,5% de natimortalidade e 2,2% de mortalidade neonatal. Esta cifra é quase duas vezes superior, quando comparada a estudos realizados em países de primeiro mundo, como, por exemplo, no Canadá, onde Burrows & Burrows (1992) encontraram, em 1240 mulheres com transtorno hipertensivo, 2,7% de mortalidade perinatal, sendo 1,6% de natimortalidade e 1,1% de mortes neonatais, ressaltando-se que a mortalidade perinatal foi de apenas 1,0% na gravidez com idade gestacional maior ou igual a 29 semanas. A realidade do Brasil é muito diferente e nossas cifras foram menores que as encontradas,

por outros autores que descrevem índices de mortalidade perinatal global de 5.2 a 9.7% (Cunha et al, 1981; Zugaib et al, 1986; Taborda et al, 1991; Kahhale et al, 1991).

A época de manifestação da hipertensão mostrou associação estatisticamente significativa com a mortalidade perinatal, não tendo ocorrido nenhuma morte perinatal quando a doença aconteceu após a 36ª semana. Os resultados deste estudo são concordantes com outros estudos internacionais, que também estabelecem a época de manifestação da doença materna como fator de mau prognóstico perinatal (Long et al, 1980; Ihle et al, 1984).

A importância da manifestação precoce da hipertensão na gravidez, como fator de risco de morte perinatal, fica mais evidenciada na análise de regressão logística, onde ela aparece como a única variável com correlação para a natimortalidade e morte neonatal.

O detalhamento da natimortalidade permite concluir que três, dos sete casos que evoluíram para óbito intrauterino, são considerados evitáveis, pois a gestação era maior que 32 semanas ou o peso fetal maior que 1200g. Em dois casos, o óbito fetal poderia ter sido evitado através de assistência pré-natal de forma mais vigilante, a partir da internação materna, incluindo propedêutica de vitalidade e parto terapêutico no momento apropriado. Em outro caso, o atraso na assistência hospitalar favoreceu o óbito fetal, na presença de DPP. Os três outros casos de natimortos

corresponderam a maiores complicações maternas em fase precoce da gestação que favoreceram a morte fetal intraútero, e com prognóstico neonatal reservado, caso tivesse ocorrido o parto nesta época. O último caso correspondeu à má-formação fetal incompatível com a vida (anencefalia). Este achado denuncia falhas na assistência pré-natal e reforça o conceito lançado por Tanaka et al (1989) de que a boa qualidade do pré-natal não se mede apenas pelo número de consultas mas, primordialmente, pela presença de um programa de assistência à gestante integrado à rede hospitalar que presta assistência ao parto.

Por outro lado, a mortalidade neonatal decorreu, na imensa maioria dos casos, da prematuridade associada ao retardo de crescimento intrauterino. Este achado evidencia que ainda são precárias as nossas condições de assistência neonatal a este tipo de recém nascido. No entanto, esta situação coincide com a de outros autores, em nosso meio, (Cunha et al, 1981; Zugaib et al, 1986; Taborda et al, 1991; Kahhale et al, 1991).

Em síntese, observou-se que a época de manifestação da hipertensão arterial esteve intimamente associada aos níveis de pressão arterial durante a gravidez e ao prognóstico da gestação, sendo mais graves as complicações maternas e perinatais quanto mais precocemente foi a manifestação da hipertensão. Também, a

precocidade da hipertensão na gravidez se correlacionou positivamente com a decisão para parto terapêutico e maior tempo de internação da mulher, o que se traduz em maior morbidade materna.

É provável que a hipertensão arterial manifestada precocemente na gravidez reflita patologia de base e não pré-eclâmpsia "pura" da gravidez. E concorda-se com a hipótese de Ihle et al (1987), de que estas mulheres devem ser pesquisadas, quanto ao provável fator etiológico da hipertensão, através de propedêutica especializada, como por biópsia renal, no puerpério imediato. A importância em se estabelecer o diagnóstico diferencial se prende a dois aspectos distintos: o primeiro, no tratamento adequado da doença e, o segundo, no aconselhamento para futura gravidez, uma vez que este grupo de mulheres apresenta piores resultados gestacionais tanto, do ponto de vista materno quanto, perinatal. Todavia, estas considerações só poderão ser aplicáveis, se o obstetra, que assiste a gestante não julgar que o acompanhamento da gravidez termina após o parto.

CONCLUSÕES

7. Conclusões

- 7.1. Nas gestantes, cuja hipertensão arterial se manifestou antes da 28ª e entre as 28 e 36 semanas de gravidez, os resultados maternos e perinatais foram piores quando comparados com os que ocorreram quando a hipertensão se manifestou após a 36ª semana.
- 7.2. A instalação precoce da hipertensão arterial se correlacionou com níveis pressóricos mais elevados na gestação e no parto, à maior incidência de parto prematuro terapêutico e ao maior tempo de internação materna; além de maior frequência de prematuridade, de baixo peso, de retardo de crescimento intrauterino, de sofrimento fetal crônico, de síndrome de desconforto respiratório e maior tempo de internação do recém-nascido e maior mortalidade perinatal.
- 7.3. Os maiores níveis de pressão diastólica se correlacionaram com maior incidência de parto cesárea e de retardo de crescimento intrauterino.
- 7.4. Os maiores níveis de pressão sistólica se correlacionaram com a ocorrência de eclâmpsia, com menor índice de Apgar no 5º minuto e com sofrimento fetal crônico.

7.5. Não houve correlação entre a duração da hipertensão arterial na gravidez com os resultados maternos e perinatais.

7.6. As variáveis de controle que mostraram estar associadas à manifestação precoce da hipertensão na gravidez foram os antecedentes de hipertensão arterial e cardiopatia, tendo o antecedente de hipertensão se correlacionado, também, com a maior duração da doença sem, contudo, interferir nos resultados maternos e perinatais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. Referências Bibliográficas

- AARNOUDSE, J.G.; HOUTHOFF, H.J.; WEITS, J.; VELLENGA, E.;
HUISJES, H.J. - A syndrome of liver damage and intravascular
coagulation in the last trimester of normotensive pregnancy. A
clinical and histopathological study. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*,
93:145-55, 1986.
- ABDELLA, T.N.; SIBAI, B.M.; HAYS, Jr., J.M.; ANDERSON, G.D. -
Relationship of hypertensive disease to abruptio placentae.
Obstet. Gynecol., **63**:365-70, 1984.
- ACIÉN, P.; LLORET, G.; LLORET, M. - Perinatal morbidity and
mortality in pregnancy hypertensive disorders: prognostic value
of the clinical and laboratory findings. *Int. J. Gynecol.*
Obstet., **32**:229-35, 1990.
- ALTCHER, A.; ALBRIGHT, N.L.; SOMMERS, S.L. - The renal pathology of
toxemia of pregnancy. *Obstet. Gynecol.* **31**:595-607, 1968.
- APGAR, V. - A proposal for a new method of evaluation of the
newborn infant. *Current Researches in Anesthesia and Analgesia*,
32(4):260-7, 1953.

- BARROS, A.C.S.D.; ZUGAIB, M.; KAHHALE, S.; NEME, B. -
Classificação clínica prognóstica da eclâmpsia. *Femina*, 14:27-8,
1986.
- BARROS, A.C.S.D. - Doença hipertensiva específica da gestação.
Correlação entre os diagnósticos clínico e histopatológico renal
e estudo da reversibilidade da lesão glomerular. São Paulo,
1987. (Tese - Doutorado - Faculdade de Medicina/USP).
- BARTON, J.R. & SIBAI, B.M. - Acute life-threatening emergencies in
preeclampsia - eclampsia. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 35:402-13,
1992.
- BENEDETTI, T.J.; BENEDETTI, J.K.; STENCHEVER, M.A. - Severe
preeclampsia-maternal and fetal outcome. *Clin. Exp. Hyper. -
Hyper. In Pregnancy (B)* 1:401-16, 1982.
- BITTAR, R.E.; KAHHALE, S.; KOMAGATA, H.; LONGO, L.C.; ZUGAIB, M.
- Uricemia nas síndromes hipertensivas na gestação. *Rev.
Ginecol. Obstet.*, 2:63-7, 1991.
- BRYANS, Jr.C.I. - The remote prognosis in toxemia of pregnancy.
Clin. Obstet. Gynecol. 9:973-990, 1966.

BURROWS, R.F. & BURROWS, E.A. - Mortality in 1240 consecutive infants of hypertensive mothers. **Anais 8º Word Congress on Hypertension in Pregnancy**, Buenos Aires, 1992. p.155.

CAPURRO, H. et al - A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. **J. Ped.** 93(1):120-24, 1978.

CECATTI, J.G. - Análise da mortalidade materna no município de Campinas, no período de 1985 a 1991. Campinas, 1992. (Tese - Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas /UNICAMP).

CHESLEY, L.C.; ANNITTO, J.E.; COSGROVE, R.A. - The remote prognosis of eclamptic women. Sixth periodic report. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, 124:446-59, 1976.

CHESLEY, L.C. - Hipertensión durante la gestación: conceptos y perspectivas. In: IFFY, L, & KAMINETZKY, H.A. - **Obstetricia y perinatologia. Principios y práctica**. Buenos Aires, 1985a. p.1276-80.

CHESLEY, L.C. - Diagnosis of preeclampsia. **Obstet. Gynecol.** 65:423-5, 1985b.

- CLOAKE, E. - Report on confidential enquiries into maternal deaths in England and Wales, 1979-81. *Health Trends*, 18:40, 1986.
- COLLINS, R. & WALLENBURG, H.C.S. - Pharmacological prevention and treatment of hypertensive disorders in pregnancy. In: CHALMERS, I.; ENKIN, M.; KEIRSE, M.L.N. - *Effective care in pregnancy and childbirth*, Oxford, Oxford University Press, 1991. p.512-33.
- CORREA, M.D. - Tratamento da doença hipertensiva específica da gravidez. *Femina*, 14:801-28, 1986.
- COX, D.R. - *The analysis of binary data*. 1ª ed. London, Metheun & Co. ltd. 1970. p.142.
- CUNHA, S.P.; SALA, M.M.; SÁ, M.M.S.; YAZILLE, M.E.H.D., JORGE, S.M.; BEREZOWSKY, A.T. - Pré-eclâmpsia. IV: Aspectos pediátricos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 3:195-8, 1981.
- DAVEY, D.A. & MacGILLIVRAY, I. - The classification and definition of the hypertensive disorders of pregnancy. *Cli. Exper. Hyper. - Hyper. In Pregnancy*, B5(1):97-133, 1986.
- DAVEY, D.A. & MacGILLIVRAY, I. - The classification and definition of the hypertensive disorders of pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 158:892-8, 1988.

- DRUZIN, M.L. - Pregnancy-induced hypertension and pre-eclampsia: the fetus and the neonate. In: RUBIN, P.C. - **Hypertension in pregnancy**. Amsterdam, Elsevier, 1988. p.267-289.
- EASTERLING, T.R.; BENEDETTI, T.J.; CARLSON, K.C.; BRATENG, D.A.; WILSON, J.; SCHMUCKER, B.S. - The effect of maternal hemodynamics on fetal growth in hypertensive pregnancies. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, 165:902-6, 1991.
- FAIRLEY, K.F. & BIRCH, D.F. - Hematuria: A simple method for identifying glomerular bleeding. **Kid. Intern.**, 21:105-08, 1982.
- FERGUSON, R.K. & VLASSES, P.H. - Hypertensive emergencies and urgencies. **J.A.M.A.**, 255:1607-13, 1986.
- FISHER, K.A.; LUGER, A.; SPARGO, B.H.; LINDHEIMER, M.D. - Hypertension in pregnancy: clinical-pathological correlations and remote prognosis. **Medicine** 60:267-76, 1981.
- FLETCHER, A.E. & BULPITT, C.J. -A review of clinical trials in pregnancy hypertension. In: RUBIN, P.C. - **Hypertension in pregnancy**. Amsterdam, Elsevier, 1988. p.186-201.
- FOX, H. - The placenta in pregnancy hypertension. In: RUBIN, P.C. - **Hypertension in pregnancy**. Amsterdam, Elsevier, 1988. p.16-37.

- FREIRE, S.; COSTA, C.F.F.; SANTOS, L.C.; LIMA, F.M.F.B.; ARAÚJO, A.S.; FITTIPALDI, S.; COSTA, S.L.; PRATO, A.M.F. - Avaliação prospectiva de 582 pacientes com doença hipertensiva específica da gravidez tratadas na Clínica Obstétrica do Hospital Barão de Lucena. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 8:94-8, 1986.
- GALLERY, E.D.M. - Hypertension in pregnant women. *Med. J. Aust.*, 143:23-7, 1985.
- GLEICHER, N.; BOLER JR., L.R.; NORUSIS, M.; DEL GRANADO, A. - Hypertensive diseases of pregnancy and parity. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 154:1044-9, 1986.
- GOODLIN, R.C. - Severe pre-eclampsia: Another great imitator. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 125:747-53, 1976.
- GREENHILL, J.P. & FRIEDMAN, E.A. - *Biological principles and modern practice of Obstetrics*. Philadelphia, WB Saunders Co, 1974.p.392.
- HARBERT, Jr.G.M.; CLAIBORNE, Jr.H.A.; McGAUCHEY, Jr.H.S.; WILSON, Jr.L.A.; THORNTON, Jr.W.N. - Convulsive toxemia: A report of 168 cases managed conservatively. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 100:336-42, 1968.

HENDRICKS, C.H. & BRENNER, W. E. - Toxemia of pregnancy: relationship between fetal weight, fetal survival, and the maternal state. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 109:225-33, 1971.

HIBBARD, L.T. - Maternal mortality due to acute toxemia. *Obstet. Gynecol.* 42:263-70, 1973.

HOGSTEDT, S.E.; LINDBERG, B.S.; LINDMARK, G. - An epidemiologic study of hypertension during pregnancy in a Swedish population. *Clin. Exper. Hypert. In: Pregnancy B7*:317-29, 1988.

HORVATH, J.S.; KORDA, A.; CHILD, A.; HENDERSON-SMART, D.; PHIPPARD, A.; DUGGIN, G.G.; HALL, B.M.; TILLER, D.J. - Hypertension in pregnancy. *Med. J. Austr.*, 143:19-20, 1985.

IHLE, B.U.; LONG, P. OATS, J. - Early onset pre-eclampsia: recognition of underlying renal disease. *Br. Med. J.* 294:79-81, 1987.

KAHHALE, S.; CARRARA, W.; BITTAR, R.E.; KOGAMATA, H.; BUNDUKI, V.; ZUGAIB, M. - Mortalidade perinatal nas Síndromes Hipertensivas. *Rev. Ginecol. Obstet.* 2:57-62, 1991.

KAUNITZ, A.M.; HUGHES, J.M.; GRIMES, D.A.; SMITH, J.C.; ROCHAT, R.W.; KAFRISSEN, M.E. - Causes of maternal mortality in the United States. *Obstet. Gynecol.*, 65:605-12, 1985.

- LENOX, J.W.; UGURU, V.; CIBILS, L.A. - Effects of hypertension on pregnancy monitoring and results. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 163: 1173-9, 1990.
- LINDHEIMER, M.D. & KATZ, A.I. - Hypertension in pregnancy. *N. Engl. J. Med.* 313:675-80, 1985.
- LIN, C.C.; LINDHEIMER, M.D.; RIVER, P.; MOAWAD, A.H. - Fetal outcome in hypertensive disorders of pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 142:255-60, 1982.
- LONG, P.A.; ABELL, D.A.; BEISCHER, N.A. - Fetal growth retardation and pre-eclampsia. *Brit. J. Obstet. Gynaecol.*, 87:13-8, 1980.
- LÓPEZ-LLERA, M. LINARES, G.R.; HORTA, J.L.H. - Maternal mortality rates in eclampsia. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 124:149-55, 1976.
- LÓPEZ-LLERA, M. - Complicated eclampsia. Fifteen year's experience in a referral medical center. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 142:28-35, 1982.
- LUBCHENCO, L. et al - Intrauterine growth as estimated from liveborn birth-weight data at 24 to 42 weeks of gestation. *Pediatrics* 32:793-800, 1963.

- MacGILLIVRAY, I.; ROSE, G.A.; ROWE, B. - Blood pressure survey in pregnancy. *Clin. Sci.* 37:395-410, 1969.
- MacKEKNNA, J.; DOVER, N.L.; BRAME, R.G. - Preeclampsia associated with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets - an obstetric emergency? *Obstet. Gynecol.*, 62:751-4, 1983.
- MANAS, K.J.; WELSH, J.D.; RANKIN, R.A.; MILLER, D.D. - Hepatic hemorrhage without rupture in preeclampsia. *N.Engl. J. Med.*, 312:424-6, 1985.
- MARTIN, T.R. & TUPPER, W.R.C. - The management of severe toxemia in patients at less than 36 weeks' gestation. *Obstet. Gynecol.*, 54:602-5, 1979.
- MOLLER, B. & LINDMARK, G. - Eclampsia in Sweden, 1976-1980. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 65:307-14, 1986.
- MOORE, M.P.; REDMAN, C.W.G. - Case-control study of severe preeclampsia of early onset. *Br. Med. J.* 287:580-83, 1983.
- MOTTA, M.L. - Influência da idade materna e da idade ginecológica sobre os resultados maternos e neonatais da gravidez na adolescência. Campinas, 1993. (Tese - Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP).

MUTCH, L.M.M.; MOAR, V.A.; OUNSTED, M.K.; REDMAN, C.W.G. -
Hypertension during pregnancy, with and without specific
hypotensive treatment. I. Perinatal factors and neonatal
morbidity. *Early Hum. Develop.*, 1/1:47-57, 1977.

NAEYE, R.L. & FRIEDMAN, E.A. - Causes of perinatal death
associated with gestational hypertension and proteinuria. *Am.*
J. Obstet. Gynecol., 133:8-10, 1979.

National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of Blood
Pressure. In: GLEICHER, N.; GALL, S.A.; SIBAI, B.M.; ELKAYAM, V.;
GALBRAITH, R.M.; SAITG, E. - Principles and practice of medical
therapy in pregnancy. Appleton S. Lange, Nowalk, 1992. p.888-
904.

NEME, B. & BEHLE, I. - Perinatal mortality in hypertensive
pregnant patients: its reduction in a developing country. *Acta*
Obstet. Gynecol. Scand., 57:19-24, 1978.

NEME, B. & MATHIAS, L. - Toxemias tardias da prenhez.
Pré-eclampsia. Eclampsia. In: REZENDE, J. - *Obstetrícia*. 4.ed.
Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982. p.530-62.

NEUTRA, R. - Fetal death in eclampsia: I its relation to low
gestational age, retarded fetal growth and low birthweight. *Br.*
J. Obstet. Gynecol., 82:382-9, 1975.

O'BRIEN, W.F. - The prediction of preeclampsia. *Cl. Obstet. Gynecol.*, 35:351-64, 1992.

PAGE, E.W. & CHRISTIANSON, R. - The impact of mean arterial in the middle trimester upon the outcome of pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 125:740-46, 1976.

PILLAY, M. & MOODLEY, J. - The hellp (haemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count) syndrome in severe hypertensive crises of pregnancy - does it exist? *SAMJ*, 67:246-8, 1985.

PINTO E SILVA, J.L. - *Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência*. Campinas, 1982. (Tese - Doutorado - Faculdade Ciências Médicas/UNICAMP).

PRITCHARD, J.A. WEISMAN, JR., R.; RATNOFF, O.D.; VOSBURGH, G.J. - Intravascular hemolysis, thrombocytopenia and other hematologic abnormalities associated with severe toxemia of pregnancy. *N. Engl. J. Med.*, 250:89-97, 1954

PRITCHARD, J.A. & PRITCHARD, S.A. - Standardized treatment of 154 consecutive cases of eclampsia. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 123:543-52, 1975.

Programa de assistência integral à saúde da mulher no Estado de São Paulo. - Resultado da área metropolitana e do interior de Estado: informações relativas ao pré-natal, parto e revisão de parto. Relatório II. Campinas, CEMICAMP, 1988.

RAYBURN, W.F. - Prostaglandin E2 gel for cervical ripening and induction of labor: A critical analysis. *Am. J. Obstet. Gynecol* 160:529-34, 1989.

REDMAN, C.W.G.; - Plasma urate measurements in predicting fetal death in hypertensive pregnancy. *Lancet* 1:1370-73, 1976.

ROMERO, R.; VIZOSO, J.; EMANIAN, M.; DUFFY, T.; RIELY, C.; HALFORD, T.; OYARZUN, E.; NAFTOLIN, F.; HOBBS, J.C. - Clinical significance of liver dysfunction in pregnancy-induced hypertension. *Am. J. Perinatol.*, 5:146-51, 1988.

SCHWARTZ, M.L. & BRENNER, W. - Toxemia in a patient with none of the standart signs and symptoms of preeclampsia. *Obstet. Gynecol.*, 66:19-21, 1985.

SCHEWITZ, L.J.; FRIEDMAN, I.A.; POLLAK, V.E. - Bleeding after renal biopsy in pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 26:295-304, 1965.

- SIBAI, B.M.; ANDERSON, G.D.; ABDELLA, T.N.; McCUBBIN, J.H.; DILTS JR., P.V. - Eclampsia. III. Neonatal outcome, growth, and development. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 146:307-16, 1983.
- SIBAI, B.M.; TASLIMI, M.; ABDELLA, T.N.; BROOKS, T.F.; SPINNATO, J.A.; ANDERSON, G.D. - Maternal and perinatal outcome of conservative management of severe preeclampsia in midtrimester. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 152:32-7, 1985.
- SIBAI, B.M.; TASLIMI, M.M.; EL-NAZER, A.; AMON, E.; MABIE, B.C.; RYAN, G.M. - Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 155:501-9, 1986.
- SIBAI, B.M. - Eclâmpsia. In: RUBIN, P.C. - *Hypertension in pregnancy*. Amsterdam, Elsevier, 1988. p. 320-40.
- SLOMKA, C. & PHELAN, J.P. - Pregnancy outcome in the patient with a nonreactive nonstress test and a positive contraction stress test. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 139:11-15, 1981.
- SLOTKIN, E.A. & MADSEN, P.O. - Complications of renal biopsy: incidence in 5000 reported cases. *J. Urol.* 87: 13-5, 1962.

- SWIET, M. - The physiology of normal pregnancy. In: RUBIN, P.C. - Hypertension in pregnancy. Amsterdam, Elsevier, 1988. p.1-9.
- TABORDA, W.C.; EL-KADRE, D.; BERTINI, A.M.; CAMANO, L. - Morbidade e mortalidade perinatais dos estados hipertensivos na gestação. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 13:49-55, 1991.
- TANAKA, A.C.A.; SIQUEIRA, A.A.F.; BAFILE, P.N. - Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Publ., 23:67-75, 1989.
- TAYLOR JR., H.C.; TILLMAN, A.J.B.; BLANCHARD, J. - Fetal losses in hypertension and in preeclampsia. Part II. Prognosis for the fetus according to the week of gestation. Obstet. Gynecol., 3:371-84, 1954.
- VAN DAM, P.A.; RENIER, BAEKELANDT, M.; BUYTAERT, P.; UYTENBROECK, F. - Disseminated intravascular coagulation and the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia. Obstet. Gynecol., 73:97-102, 1989.
- WEINSTEIN, L. - Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol., 142:159-67, 1982.

WEINSTEIN, L. - Preeclampsia/eclampsia with hemolysis, elevated liver enzymes, and thrombocytopenia. *Obstet. Gynecol.*, 66:657-60, 1985.

WICHMAN, K.; RYDÉN, G.; WICHMAN, M. - The influence of different positions and korotkoff sounds on the blood pressure measurements in pregnancy. *Acta Obstet. Gynecol Scand.*, 118(suppl.):25-8, 1984.

World Health Organization. The hipertensive disorders of pregnancy. Geneva, WHO, 1987. 114p. (Technical Report Series 758).

YANNOULOPOULOS, B.; POURRAT, O.; MEEUS, J.B.; MAGNIN, G.; DESHAYES, M.; DUCROZ, B.; TOURRIS, H. - Le hellp syndrome. A propos de 13 observations. *J. Gynecol. Obstet. Reprod.*, 21:65-71, 1992.

ZEEMAN, G.D. & DEKKER, G.A. - Pathogenesis of preeclampsia: a hypothesis. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 35:317-38, 1992.

ZUGAIB, M.; BARROS, A.C.S.D.; BITTAR, R.E.; KAHHALE, S.; SCHUTZ, R.; NEME, B. - A mortalidade materna na eclâmpsia. *J. Bras. Ginecol.*, 95:129-36, 1985.

ZUGAIB, M.; KAHHALE, S.; BARROS, A.C.S.D.; KWANG, W.N.; CAVANHA NETO, M.; NEME, B. - Mortalidade perinatal nas diferentes formas clínicas da síndrome hipertensiva na gestação. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 8:57-63, 1986.

ZUSPAN, F. & WARD, M. - Treatment of eclampsia. *South. Med. J.* 57:945-59, 1964.

ZUSPAN, F.P. - Problems encountered in the treatment of pregnancy-induced hypertension. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 131:591-97, 1978.

ANEXOS

FICHA OBSTÉTRICA
- UNICAMP

NOME _____ DATA DE NASCIMENTO _____

RESIDÊNCIA _____

LOCAL DE NASCIMENTO _____ PROCEDÊNCIA _____

OBSERVAÇÕES _____

D.U.M. _____ D.P.P. _____

CONVULSIVA ☐ SIM ☐ NÃO

IDADE DA MENARCA _____

RITMO MENSTRUAL ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR ☐ ANOMALIA ☐ ION

ALCOOLISMO

ANTES DE ENGRAVIDAR DURANTE GRAVIDEZ
☐ NUNCA BEBI ☐ NÃO BEBI
☐ C 1/21 FINGA OU EQUIV 1 DIA ☐ C 1/21 FINGA OU EQUIV 1 DIA
☐ P 1/21 FINGA OU EQUIV 1 DIA ☐ P 1/21 FINGA OU EQUIV 1 DIA

GESTACÕES

ÚLTIMO PARTO NA (MÊSES) ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐ 101 ☐ 102 ☐ 103 ☐ 104 ☐ 105 ☐ 106 ☐ 107 ☐ 108 ☐ 109 ☐ 110 ☐ 111 ☐ 112 ☐ 113 ☐ 114 ☐ 115 ☐ 116 ☐ 117 ☐ 118 ☐ 119 ☐ 120 ☐ 121 ☐ 122 ☐ 123 ☐ 124 ☐ 125 ☐ 126 ☐ 127 ☐ 128 ☐ 129 ☐ 130 ☐ 131 ☐ 132 ☐ 133 ☐ 134 ☐ 135 ☐ 136 ☐ 137 ☐ 138 ☐ 139 ☐ 140 ☐ 141 ☐ 142 ☐ 143 ☐ 144 ☐ 145 ☐ 146 ☐ 147 ☐ 148 ☐ 149 ☐ 150 ☐ 151 ☐ 152 ☐ 153 ☐ 154 ☐ 155 ☐ 156 ☐ 157 ☐ 158 ☐ 159 ☐ 160 ☐ 161 ☐ 162 ☐ 163 ☐ 164 ☐ 165 ☐ 166 ☐ 167 ☐ 168 ☐ 169 ☐ 170 ☐ 171 ☐ 172 ☐ 173 ☐ 174 ☐ 175 ☐ 176 ☐ 177 ☐ 178 ☐ 179 ☐ 180 ☐ 181 ☐ 182 ☐ 183 ☐ 184 ☐ 185 ☐ 186 ☐ 187 ☐ 188 ☐ 189 ☐ 190 ☐ 191 ☐ 192 ☐ 193 ☐ 194 ☐ 195 ☐ 196 ☐ 197 ☐ 198 ☐ 199 ☐ 200 ☐ 201 ☐ 202 ☐ 203 ☐ 204 ☐ 205 ☐ 206 ☐ 207 ☐ 208 ☐ 209 ☐ 210 ☐ 211 ☐ 212 ☐ 213 ☐ 214 ☐ 215 ☐ 216 ☐ 217 ☐ 218 ☐ 219 ☐ 220 ☐ 221 ☐ 222 ☐ 223 ☐ 224 ☐ 225 ☐ 226 ☐ 227 ☐ 228 ☐ 229 ☐ 230 ☐ 231 ☐ 232 ☐ 233 ☐ 234 ☐ 235 ☐ 236 ☐ 237 ☐ 238 ☐ 239 ☐ 240 ☐ 241 ☐ 242 ☐ 243 ☐ 244 ☐ 245 ☐ 246 ☐ 247 ☐ 248 ☐ 249 ☐ 250 ☐ 251 ☐ 252 ☐ 253 ☐ 254 ☐ 255 ☐ 256 ☐ 257 ☐ 258 ☐ 259 ☐ 260 ☐ 261 ☐ 262 ☐ 263 ☐ 264 ☐ 265 ☐ 266 ☐ 267 ☐ 268 ☐ 269 ☐ 270 ☐ 271 ☐ 272 ☐ 273 ☐ 274 ☐ 275 ☐ 276 ☐ 277 ☐ 278 ☐ 279 ☐ 280 ☐ 281 ☐ 282 ☐ 283 ☐ 284 ☐ 285 ☐ 286 ☐ 287 ☐ 288 ☐ 289 ☐ 290 ☐ 291 ☐ 292 ☐ 293 ☐ 294 ☐ 295 ☐ 296 ☐ 297 ☐ 298 ☐ 299 ☐ 300 ☐ 301 ☐ 302 ☐ 303 ☐ 304 ☐ 305 ☐ 306 ☐ 307 ☐ 308 ☐ 309 ☐ 310 ☐ 311 ☐ 312 ☐ 313 ☐ 314 ☐ 315 ☐ 316 ☐ 317 ☐ 318 ☐ 319 ☐ 320 ☐ 321 ☐ 322 ☐ 323 ☐ 324 ☐ 325 ☐ 326 ☐ 327 ☐ 328 ☐ 329 ☐ 330 ☐ 331 ☐ 332 ☐ 333 ☐ 334 ☐ 335 ☐ 336 ☐ 337 ☐ 338 ☐ 339 ☐ 340 ☐ 341 ☐ 342 ☐ 343 ☐ 344 ☐ 345 ☐ 346 ☐ 347 ☐ 348 ☐ 349 ☐ 350 ☐ 351 ☐ 352 ☐ 353 ☐ 354 ☐ 355 ☐ 356 ☐ 357 ☐ 358 ☐ 359 ☐ 360 ☐ 361 ☐ 362 ☐ 363 ☐ 364 ☐ 365 ☐ 366 ☐ 367 ☐ 368 ☐ 369 ☐ 370 ☐ 371 ☐ 372 ☐ 373 ☐ 374 ☐ 375 ☐ 376 ☐ 377 ☐ 378 ☐ 379 ☐ 380 ☐ 381 ☐ 382 ☐ 383 ☐ 384 ☐ 385 ☐ 386 ☐ 387 ☐ 388 ☐ 389 ☐ 390 ☐ 391 ☐ 392 ☐ 393 ☐ 394 ☐ 395 ☐ 396 ☐ 397 ☐ 398 ☐ 399 ☐ 400 ☐ 401 ☐ 402 ☐ 403 ☐ 404 ☐ 405 ☐ 406 ☐ 407 ☐ 408 ☐ 409 ☐ 410 ☐ 411 ☐ 412 ☐ 413 ☐ 414 ☐ 415 ☐ 416 ☐ 417 ☐ 418 ☐ 419 ☐ 420 ☐ 421 ☐ 422 ☐ 423 ☐ 424 ☐ 425 ☐ 426 ☐ 427 ☐ 428 ☐ 429 ☐ 430 ☐ 431 ☐ 432 ☐ 433 ☐ 434 ☐ 435 ☐ 436 ☐ 437 ☐ 438 ☐ 439 ☐ 440 ☐ 441 ☐ 442 ☐ 443 ☐ 444 ☐ 445 ☐ 446 ☐ 447 ☐ 448 ☐ 449 ☐ 450 ☐ 451 ☐ 452 ☐ 453 ☐ 454 ☐ 455 ☐ 456 ☐ 457 ☐ 458 ☐ 459 ☐ 460 ☐ 461 ☐ 462 ☐ 463 ☐ 464 ☐ 465 ☐ 466 ☐ 467 ☐ 468 ☐ 469 ☐ 470 ☐ 471 ☐ 472 ☐ 473 ☐ 474 ☐ 475 ☐ 476 ☐ 477 ☐ 478 ☐ 479 ☐ 480 ☐ 481 ☐ 482 ☐ 483 ☐ 484 ☐ 485 ☐ 486 ☐ 487 ☐ 488 ☐ 489 ☐ 490 ☐ 491 ☐ 492 ☐ 493 ☐ 494 ☐ 495 ☐ 496 ☐ 497 ☐ 498 ☐ 499 ☐ 500 ☐ 501 ☐ 502 ☐ 503 ☐ 504 ☐ 505 ☐ 506 ☐ 507 ☐ 508 ☐ 509 ☐ 510 ☐ 511 ☐ 512 ☐ 513 ☐ 514 ☐ 515 ☐ 516 ☐ 517 ☐ 518 ☐ 519 ☐ 520 ☐ 521 ☐ 522 ☐ 523 ☐ 524 ☐ 525 ☐ 526 ☐ 527 ☐ 528 ☐ 529 ☐ 530 ☐ 531 ☐ 532 ☐ 533 ☐ 534 ☐ 535 ☐ 536 ☐ 537 ☐ 538 ☐ 539 ☐ 540 ☐ 541 ☐ 542 ☐ 543 ☐ 544 ☐ 545 ☐ 546 ☐ 547 ☐ 548 ☐ 549 ☐ 550 ☐ 551 ☐ 552 ☐ 553 ☐ 554 ☐ 555 ☐ 556 ☐ 557 ☐ 558 ☐ 559 ☐ 560 ☐ 561 ☐ 562 ☐ 563 ☐ 564 ☐ 565 ☐ 566 ☐ 567 ☐ 568 ☐ 569 ☐ 570 ☐ 571 ☐ 572 ☐ 573 ☐ 574 ☐ 575 ☐ 576 ☐ 577 ☐ 578 ☐ 579 ☐ 580 ☐ 581 ☐ 582 ☐ 583 ☐ 584 ☐ 585 ☐ 586 ☐ 587 ☐ 588 ☐ 589 ☐ 590 ☐ 591 ☐ 592 ☐ 593 ☐ 594 ☐ 595 ☐ 596 ☐ 597 ☐ 598 ☐ 599 ☐ 600 ☐ 601 ☐ 602 ☐ 603 ☐ 604 ☐ 605 ☐ 606 ☐ 607 ☐ 608 ☐ 609 ☐ 610 ☐ 611 ☐ 612 ☐ 613 ☐ 614 ☐ 615 ☐ 616 ☐ 617 ☐ 618 ☐ 619 ☐ 620 ☐ 621 ☐ 622 ☐ 623 ☐ 624 ☐ 625 ☐ 626 ☐ 627 ☐ 628 ☐ 629 ☐ 630 ☐ 631 ☐ 632 ☐ 633 ☐ 634 ☐ 635 ☐ 636 ☐ 637 ☐ 638 ☐ 639 ☐ 640 ☐ 641 ☐ 642 ☐ 643 ☐ 644 ☐ 645 ☐ 646 ☐ 647 ☐ 648 ☐ 649 ☐ 650 ☐ 651 ☐ 652 ☐ 653 ☐ 654 ☐ 655 ☐ 656 ☐ 657 ☐ 658 ☐ 659 ☐ 660 ☐ 661 ☐ 662 ☐ 663 ☐ 664 ☐ 665 ☐ 666 ☐ 667 ☐ 668 ☐ 669 ☐ 670 ☐ 671 ☐ 672 ☐ 673 ☐ 674 ☐ 675 ☐ 676 ☐ 677 ☐ 678 ☐ 679 ☐ 680 ☐ 681 ☐ 682 ☐ 683 ☐ 684 ☐ 685 ☐ 686 ☐ 687 ☐ 688 ☐ 689 ☐ 690 ☐ 691 ☐ 692 ☐ 693 ☐ 694 ☐ 695 ☐ 696 ☐ 697 ☐ 698 ☐ 699 ☐ 700 ☐ 701 ☐ 702 ☐ 703 ☐ 704 ☐ 705 ☐ 706 ☐ 707 ☐ 708 ☐ 709 ☐ 710 ☐ 711 ☐ 712 ☐ 713 ☐ 714 ☐ 715 ☐ 716 ☐ 717 ☐ 718 ☐ 719 ☐ 720 ☐ 721 ☐ 722 ☐ 723 ☐ 724 ☐ 725 ☐ 726 ☐ 727 ☐ 728 ☐ 729 ☐ 730 ☐ 731 ☐ 732 ☐ 733 ☐ 734 ☐ 735 ☐ 736 ☐ 737 ☐ 738 ☐ 739 ☐ 740 ☐ 741 ☐ 742 ☐ 743 ☐ 744 ☐ 745 ☐ 746 ☐ 747 ☐ 748 ☐ 749 ☐ 750 ☐ 751 ☐ 752 ☐ 753 ☐ 754 ☐ 755 ☐ 756 ☐ 757 ☐ 758 ☐ 759 ☐ 760 ☐ 761 ☐ 762 ☐ 763 ☐ 764 ☐ 765 ☐ 766 ☐ 767 ☐ 768 ☐ 769 ☐ 770 ☐ 771 ☐ 772 ☐ 773 ☐ 774 ☐ 775 ☐ 776 ☐ 777 ☐ 778 ☐ 779 ☐ 780 ☐ 781 ☐ 782 ☐ 783 ☐ 784 ☐ 785 ☐ 786 ☐ 787 ☐ 788 ☐ 789 ☐ 790 ☐ 791 ☐ 792 ☐ 793 ☐ 794 ☐ 795 ☐ 796 ☐ 797 ☐ 798 ☐ 799 ☐ 800 ☐ 801 ☐ 802 ☐ 803 ☐ 804 ☐ 805 ☐ 806 ☐ 807 ☐ 808 ☐ 809 ☐ 810 ☐ 811 ☐ 812 ☐ 813 ☐ 814 ☐ 815 ☐ 816 ☐ 817 ☐ 818 ☐ 819 ☐ 820 ☐ 821 ☐ 822 ☐ 823 ☐ 824 ☐ 825 ☐ 826 ☐ 827 ☐ 828 ☐ 829 ☐ 830 ☐ 831 ☐ 832 ☐ 833 ☐ 834 ☐ 835 ☐ 836 ☐ 837 ☐ 838 ☐ 839 ☐ 840 ☐ 841 ☐ 842 ☐ 843 ☐ 844 ☐ 845 ☐ 846 ☐ 847 ☐ 848 ☐ 849 ☐ 850 ☐ 851 ☐ 852 ☐ 853 ☐ 854 ☐ 855 ☐ 856 ☐ 857 ☐ 858 ☐ 859 ☐ 860 ☐ 861 ☐ 862 ☐ 863 ☐ 864 ☐ 865 ☐ 866 ☐ 867 ☐ 868 ☐ 869 ☐ 870 ☐ 871 ☐ 872 ☐ 873 ☐ 874 ☐ 875 ☐ 876 ☐ 877 ☐ 878 ☐ 879 ☐ 880 ☐ 881 ☐ 882 ☐ 883 ☐ 884 ☐ 885 ☐ 886 ☐ 887 ☐ 888 ☐ 889 ☐ 890 ☐ 891 ☐ 892 ☐ 893 ☐ 894 ☐ 895 ☐ 896 ☐ 897 ☐ 898 ☐ 899 ☐ 900 ☐ 901 ☐ 902 ☐ 903 ☐ 904 ☐ 905 ☐ 906 ☐ 907 ☐ 908 ☐ 909 ☐ 910 ☐ 911 ☐ 912 ☐ 913 ☐ 914 ☐ 915 ☐ 916 ☐ 917 ☐ 918 ☐ 919 ☐ 920 ☐ 921 ☐ 922 ☐ 923 ☐ 924 ☐ 925 ☐ 926 ☐ 927 ☐ 928 ☐ 929 ☐ 930 ☐ 931 ☐ 932 ☐ 933 ☐ 934 ☐ 935 ☐ 936 ☐ 937 ☐ 938 ☐ 939 ☐ 940 ☐ 941 ☐ 942 ☐ 943 ☐ 944 ☐ 945 ☐ 946 ☐ 947 ☐ 948 ☐ 949 ☐ 950 ☐ 951 ☐ 952 ☐ 953 ☐ 954 ☐ 955 ☐ 956 ☐ 957 ☐ 958 ☐ 959 ☐ 960 ☐ 961 ☐ 962 ☐ 963 ☐ 964 ☐ 965 ☐ 966 ☐ 967 ☐ 968 ☐ 969 ☐ 970 ☐ 971 ☐ 972 ☐ 973 ☐ 974 ☐ 975 ☐ 976 ☐ 977 ☐ 978 ☐ 979 ☐ 980 ☐ 981 ☐ 982 ☐ 983 ☐ 984 ☐ 985 ☐ 986 ☐ 987 ☐ 988 ☐ 989 ☐ 990 ☐ 991 ☐ 992 ☐ 993 ☐ 994 ☐ 995 ☐ 996 ☐ 997 ☐ 998 ☐ 999 ☐ 1000 ☐ 1001 ☐ 1002 ☐ 1003 ☐ 1004 ☐ 1005 ☐ 1006 ☐ 1007 ☐ 1008 ☐ 1009 ☐ 1010 ☐ 1011 ☐ 1012 ☐ 1013 ☐ 1014 ☐ 1015 ☐ 1016 ☐ 1017 ☐ 1018 ☐ 1019 ☐ 1020 ☐ 1021 ☐ 1022 ☐ 1023 ☐ 1024 ☐ 1025 ☐ 1026 ☐ 1027 ☐ 1028 ☐ 1029 ☐ 1030 ☐ 1031 ☐ 1032 ☐ 1033 ☐ 1034 ☐ 1035 ☐ 1036 ☐ 1037 ☐ 1038 ☐ 1039 ☐ 1040 ☐ 1041 ☐ 1042 ☐ 1043 ☐ 1044 ☐ 1045 ☐ 1046 ☐ 1047 ☐ 1048 ☐ 1049 ☐ 1050 ☐ 1051 ☐ 1052 ☐ 1053 ☐ 1054 ☐ 1055 ☐ 1056 ☐ 1057 ☐ 1058 ☐ 1059 ☐ 1060 ☐ 1061 ☐ 1062 ☐ 1063 ☐ 1064 ☐ 1065 ☐ 1066 ☐ 1067 ☐ 1068 ☐ 1069 ☐ 1070 ☐ 1071 ☐ 1072 ☐ 1073 ☐ 1074 ☐ 1075 ☐ 1076 ☐ 1077 ☐ 1078 ☐ 1079 ☐ 1080 ☐ 1081 ☐ 1082 ☐ 1083 ☐ 1084 ☐ 1085 ☐ 1086 ☐ 1087 ☐ 1088 ☐ 1089 ☐ 1090 ☐ 1091 ☐ 1092 ☐ 1093 ☐ 1094 ☐ 1095 ☐ 1096 ☐ 1097 ☐ 1098 ☐ 1099 ☐ 1100 ☐ 1101 ☐ 1102 ☐ 1103 ☐ 1104 ☐ 1105 ☐ 1106 ☐ 1107 ☐ 1108 ☐ 1109 ☐ 1110 ☐ 1111 ☐ 1112 ☐ 1113 ☐ 1114 ☐ 1115 ☐ 1116 ☐ 1117 ☐ 1118 ☐ 1119 ☐ 1120 ☐ 1121 ☐ 1122 ☐ 1123 ☐ 1124 ☐ 1125 ☐ 1126 ☐ 1127 ☐ 1128 ☐ 1129 ☐ 1130 ☐ 1131 ☐ 1132 ☐ 1133 ☐ 1134 ☐ 1135 ☐ 1136 ☐ 1137 ☐ 1138 ☐ 1139 ☐ 1140 ☐ 1141 ☐ 1142 ☐ 1143 ☐ 1144 ☐ 1145 ☐ 1146 ☐ 1147 ☐ 1148 ☐ 1149 ☐ 1150 ☐ 1151 ☐ 1152 ☐ 1153 ☐ 1154 ☐ 1155 ☐ 1156 ☐ 1157 ☐ 1158 ☐ 1159 ☐ 1160 ☐ 1161 ☐ 1162 ☐ 1163

ADMITIDA PARA PARTO

DATA 2/1 HORA 10:00

EXAME FÍSICO GERAL

Motivo da consulta**EST. GERAL**

PULSO _____ P.A. _____ T. AXILAR _____

CABEÇA E PESCOÇO.

TÓRAX (mamas, coração, pulmões)

PERO MARITAL _____

PERO NO INGRESOS _____

DIFERENCIA _____

PONDERAL _____

ALTURA				31 39
--------	--	--	--	----------

SEM. DE AMENORRÉIA			45 41
--------------------	--	--	----------

DIFERENÇA PONDERAL	1 IGUAL	43
	2 AUMENTOU	
	3 PERDEU	

DIFERENÇA PONDERAL	: Kg			43	44
--------------------	------	--	--	----	----

ABDOMEN.

EXTREMIDADES

	1	2	3	4	5	6	
FORMA	NEH	MAIDIAN	TIBIAL	ABDOMEN	ANABARCA	IGMORADO	65

OUTROS DADOS.

INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO

DATA 1/1 HORA RUTURA DATA 1/1 HORA
DA BOLSA

FUTURA DA BOLSA

DATA / / HORA

ALTURA			40
UTERINA			67

EXAME OBSTÉTRICO

Nº B.C.F. Xmin.

DINÂMICA

[illegible]

OUTROS DADOS.

[illegible]

PARTO: HORA _____ DIA _____ MÊS _____

AND

1931 DURAÇÃO P. DILATAÇÃO _____ 1941 T. ADMISSÃO AO PARTO _____ 1951 T. N. M. PARTO _____ 1961 DURAÇÃO P. EMBUSCADO _____

OBSERVAÇÕES (DISTOCIAIS, ACIDENTES INTERVENÇÕES, etc.)

PARTO ATENDIDO POR

FORME LEQIVEL ILTA ON FORMAS

CODIFICAÇÃO DE DADOS SOBRE EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
50	TIPO DE RUPURA DE MEMBRANAS	REM PREMATURA	REM ATÉ 5 CM	REM 5-8 CM	REM > 8 CM	RUPURA ALTA	RAM ATÉ 5 CM	RAM 5-8 CM	RAM > 8 CM	CESÁREA COM MEMBRANAS INTEGRAS	PARTO FORA DO SERVIÇO	IGN 90
51	ESTADO DO LÍQUIDO OVULAR	CLARO	LIGERAMENTE TINGIDO DE MECÔNIO	TINGIDO DE MECÔNIO	MECÔNIO ESPESSE	MECÔNIO ANTIGO	HEMORRÁGICO	PURULENTO	COM MAU CHEIRO	HEMORRÁGICO + MECÔNIO	INFECÇÃO DE MECÔNIO	IGN 91
52	QUANT LÍQUIDO OVULAR	NORMAL	DUPL	POLHI GRAMINHO	-	-	-	-	-	-	-	IGN 92
53	B C P ANOMALIAS GRAVES	NORMAL (120-180)	DP I	TACICARDIA DIA (180 ou +)	DP UMBILICAL	DP II	BRADICARDIA (80 ou -)	DESAP FOCO RITMICA	DESAP FOCO COM RITMICA	AUSENTE NA ADMISSÃO	DESAP FOCO (UR + ANOMIA)	IGN 93
54	HT TOQUES DE MEMBRANAS	1 OU MENOS	2	3	4	5	6	7	8	9 ou +	COM MEMBRANAS INTEGRAS OU PARTO FORA DO SERVIÇO	IGN 94
55	ANÁLISE DO PERÍODO DE DILATAÇÃO	SEM	MEPERIO OU BENZODIAZ	BLOQ EPID SIMPLES OU COMIN	BLOQ RAO BAIXO OU ALTO	MEPER OU BENZOD + BLOQ EPID	MEPER OU BENZOD + BLOQ RAO	BLOQ EPID + BLOQ RAO	MEPER OU BENZOD + BLOQ EPID + BLOQ RAO	MEPER OU BENZOD + BLOQ EPID + BLOQ RAO + OUTRAS	OUTRAS	IGN 95
56	HORAS ANÁLISE ANTES DE PULSIVO	SEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9 ou +	IGN 96
57	INDICAÇÃO DE OCTOCINA	SEM OCTOCINA	GRAVIDEZ PROLONGADA	AMNIOCORRE PREMATURA	INFECÇÃO OVULAR	DIABETES	CONDUÇÃO DE PARTO	TOXEMIA	OBITO FETAL	RH 1	OUTRAS	IGN 97

CODIFICAÇÃO DE DADOS SOBRE O PARTO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
58	HORA PARTO	00:00-03:59	04:00-07:59	08:00-11:59	12:00-15:59	16:00-19:59	20:00-23:59	PARTO FORA DO SERVIÇO			IGN 98	
59	FORMA DE INÍCIO DE PARTO	ESPONTÂNEA	INDUÇÃO OCTOLÓGICA PURA	CESÁREA SELETIVA	INDUÇÃO OCTOLÓGICA POR BENZOS E TETOLÓGICA	KRAUSE	ABUSEL	INDUÇÃO OCTOLÓGICA + ABUSEL	PRIMIGÁDIA DINAS		OUTRAS	IGN 99
60	FORMA DE TÉRMINO DE PARTO	ESPONTÂNEO	ABSTIÇÃO EM PÉLVICA	EXTRAÇÃO PÉLVICA	GRANDE EXTRAÇÃO PÉLVICA	FÓRCIPS	VÁCUO	VÁCUO + FÓRCIPS	FÓRCIPS PRAG + CESÁREA	VÁCUO + CESÁREA	CESÁREA	IGN 100
61	APRESENTAÇÃO	VÉRTECE	FACE	FRONTE	CEFAICA INDEFINIDA	PÉLVICA COMPLETA	PÉLVICA INCOMPLETA	PÉLVICA INDEFINIDA	CORMICO	DELIQUA	OUTRAS	IGN 101
62	VARIEDADE DE POSIÇÃO	RA	ST	SP	OA	OT	OP	PUBICA	SACRA	CESÁREA SEM DIA	OUTRAS	IGN 102
63	DURAÇÃO PERÍODO DE DILATAÇÃO	SEM PERÍODO DE DILATAÇÃO	ATÉ 1 HORA	ATÉ 2 HORAS	ATÉ 3 HORAS	ATÉ 4 HORAS	ATÉ 5 HORAS	ATÉ 6 HORAS	ATÉ 7 HORAS	ATÉ 8 HORAS	ATÉ 9 HORAS	IGN 103
64	TEMPO DESDE ADMISSÃO ATÉ AO PARTO	ATÉ 30 min	ATÉ 1 HORA	ATÉ 2 HORAS	ATÉ 3 HORAS	ATÉ 4 HORAS	ATÉ 5 HORAS	ATÉ 6 HORAS	ATÉ 7 HORAS	ATÉ 8 HORAS	ATÉ 9 HORAS	IGN 104
65	TEMPO DESDE A INÍCIO DO PARTO	ATÉ 3 HORAS	ATÉ 4 HORAS	ATÉ 5 HORAS	ATÉ 6 HORAS	ATÉ 7 HORAS	ATÉ 8 HORAS	ATÉ 9 HORAS	ATÉ 10 HORAS	ATÉ 11 HORAS	ATÉ 12 HORAS	IGN 105
66	DURAÇÃO PERÍODO DE PULSIVO (min)	CESÁREA	ATÉ 5 min	ATÉ 10 min	ATÉ 15 min	ATÉ 20 min	ATÉ 25 min	ATÉ 30 min	ATÉ 35 min	ATÉ 40 min	ATÉ 45 min	IGN 106
67	PRINCIPAL INDICAÇÃO DE CESÁREA	01 PARTO VAGINAL	02 SOPRIMENTO FETAL	03 DESP. CEF. PÉLVICA	04 COMOLLO MAIORE	05 DE PÉLVICA OU COMOLLO	06 OUTRAS DIST. APRES	07 PLACENTA PRÉVIA	08 GRAVIDEZ PROLONGA	09 INFECÇÃO OVULAR	10 MEMBRANAS INTEGRAS	IGN 107
68	ANESTESIA PARA EPID OU INTERVENÇÕES	SEM	GERAL	RAQUIDIA	EPIDURAL SIMPLES	EPIDURAL CONTÍNUA	PUDENDA	LOCAL	CAUDAL	DIANEST. DESDE PRÉ PARTO	OUTRAS	IGN 108
69	FÓRCIPS OU VÁCUO	SEM	ALVIO	DISTOCIA ROTACÃO	DISTOCIA PROGRESSÃO	ABREVIAÇÃO PERÍODO DE PULSIVO	CABECA DE GRADEIRA	FÓRCIPS NA CESÁREA			OUTRAS	IGN 109
70	OPERAÇÕES COMPLEMENTARES MENORES	SEM	EPISIORRAFIA	BUTURA DO COLO	EPISIORRAFIA + BUT DO COLO	BUTURA DESGARRO VAGINAL	BUT DEBO VAG + BUT DO COLO	BUTURA DESGARRO VAG + BUT DO COLO + EPISIOR			OUTRAS	IGN 110
71	OPERAÇÕES COMPLEMENTARES MAIORES	SEM	EPISIORRAFIA	BUTURA DO COLO	EPISIORRAFIA + BUT DO COLO	BUTURA DESGARRO VAGINAL	BUT DEBO VAG + BUT DO COLO	BUTURA DESGARRO VAG + BUT DO COLO + EPISIOR			OUTRAS	IGN 111
72	OPERAÇÕES COMPLEMENTARES MAIORES	SEM	EPISIORRAFIA	BUTURA DO COLO	EPISIORRAFIA + BUT DO COLO	BUTURA DESGARRO VAGINAL	BUT DEBO VAG + BUT DO COLO	BUTURA DESGARRO VAG + BUT DO COLO + EPISIOR			OUTRAS	IGN 112
73	OPERAÇÕES COMPLEMENTARES MAIORES	SEM	EPISIORRAFIA	BUTURA DO COLO	EPISIORRAFIA + BUT DO COLO	BUTURA DESGARRO VAGINAL	BUT DEBO VAG + BUT DO COLO	BUTURA DESGARRO VAG + BUT DO COLO + EPISIOR			OUTRAS	IGN 113

OBSERVAÇÕES

DEQUITAÇÃO

1731 DURAÇÃO

1741 PESO

COMPLETA	ADER ANORMAL	INCOMPLETA	ACRETA
----------	--------------	------------	--------

SEM REVISÃO	CURAGEM	CURTAUM
-------------	---------	---------

OBSERVAÇÕES SACIENTES, ANOMALIAS PLACENTÁRIAS, INTERVENÇÕES, etc.

MÉDICO

CODIFICAÇÃO DE DADOS DA DEQUITAÇÃO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
73	DURAÇÃO (min)	1-5	10-15	20-25	30-35	40-45	50-55	60-65	70-75	CEBARRA	FORA DEVILLO
74	PESO PLACENTA (g)	300-350	350-400	400-450	500-550	600-650	700-750	800-850	900-950	1000-1050	FORA DEVILLO
75	TIPO DEQUITAÇÃO	NATURAL	DIRETO	CRIBRE	EXTRAÇÃO MANUAL	CURAGEM	EXTR. MAN. + CURAGEM	EXTR. C. + CURAGEM	HISTER. POR PLAC. ACRE TA	HISTERECI EM BLOCO	OUTRAS
76	DOBRAS	NORMAL	CIRCULAR SIMPLES	CIRCULAR DUPLA	MAIS DE DUAS	NÃO	PROLAP. COMOLLO	PROLAP. COMOLLO	PROLAP. COMOLLO	CIRCULAR	OUTRAS

F O 2 1 11 49

SAME Nº _____

Nº _____

RECÉM-NASCIDO

RESUSCITAÇÃO	SEM	COM	IGN	?
	1	2	3	4

ENV. ANAT. PATOL.

VIVO	SEM	NÃO	IGN	?
1	2	3	4	5

ALTURA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

PESO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

A

1 mm

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

B

5 mm

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

A

10 mm

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

B

15 mm

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

LOCAIS
TESTACIONAL
CLÍNICA
CAPUTUM

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

OBSERVAÇÕES (LESÕES MALFORMAÇÕES MORBILIDADE, etc.)

MÉDICO BEÇÁRIO _____

DIAGNÓSTICO DO RN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
27. SEXO E TIPO DE PARTO	MASCULINO SIMPLES	FEMININO SIMPLES	MASCULINO DUPLO	FEMININO DUPLO	MASCULINO TRÍPLIO	FEMININO TRÍPLIO						
28. MALFORMAÇÃO CONGÊNITA	SEM	ACROMIA OU ANENCEFALIA	HIDROCE FALTA	MEMBRÃO FALTA	CARDIOPATIA CONGÊNITA	MONOSTRIB. UN.	INFAL. DEFEIT.	LADO LÉPTERINO	EMBR. FOS MORTO	OUTRAS	IGN	22
29. MORBIDADE MEDIANTE DO	SEM	DI. VISCERAL FUNDULO	DI. VISCERAL PATOLÓG.	DI. R. R.	DI. COAGULO FALTA	DI. B. B.	DI. OUTRAS INF. INFECCIOSAS	DI. ANOMALIAS NEUROLÓG.	DI. ANOMALIAS CONGÊNITAS	DI. HEMORRAGIAS CÉREBRO MENINGEAL	IGN	23
30. CAUSA DE MORTE	11. INCOMP. A. S. D.	12. ENF. HEMOLÍT.	13. TRAUMA OBSTETR.	14. TRAUMA NEONAT.	15. HIPOTERM. OU HIPOCALC.	16. HIPOTERM. OU HIPOCALC.	17. ENF. DIAGNOS. TÍPO	18.	19.	20. OUTRAS	IGN	24
31. ESTADO DO RN NA ÚLTIMA TERMA	VIVO SÓ	VIVO ENFERMO	NATIMORTO	MORTE NEO. NATAL. ATÉ 24 HORAS	MORTE NEO. NATAL. 24 HORAS AD. 2º DIA	MORTE NEO. NATAL. 24 HORAS AD. 2º DIA	MORTE + 28 DIAS				IGN	25

OBSERVAÇÕES (TRATAMENTO, ANÁLISE, etc.)

COMPLICAÇÃO GRAVIDEZ OU PARTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
32. EVOLUÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	NORMAL	CAÍDA TEN. SISTÓLICA SEM SINAIS DE CHOQUE < 100/60	CHOQUE C/ NÍVEL REVER. SINAIS DE QUALQUER ORIGEM	CHOQUE C/ NÍVEL REVER. SINAIS DE QUALQUER ORIGEM	HIPERTEN. SÓ LEVE < 160/90	HIPERTEN. SÓ MOD. > 160/90 < 180/120	HIPERTEN. SÓ GRAVE > 180/120	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL		IGN	26
33. TOXEMIAS HIPERTENSÃO	SEM	HIPERT. LEVE PROVA/ TOXEMIA	HIPERT. MOD. PROVA/ TOXEMIA	HIPERT. SEVERA PROVA/ TOXEMIA	PRÉ ECLAM. PTA. MODERADA	PRÉ ECLAM. PTA. SEVERA	HIPERT. CRÔNICA ESSENCIAL	HIP. ART. OUTRAS DOEN. NÃO PRÉ ECLAM.	ECLAM. GRAVIDICA	ECLAM. PUERPERA	IGN	27
34. DIABETES	SEM	PRÉ DIAB. 1º CLASSE A	CLASSE B	CLASSE C	CLASSE D	CLASSE E	CLASSE F	CLASSE G	CLASSE H	CLASSE I	CLASSE J	CLASSE K
35. INFECÇÕES	SEM	TORCOP. MOD.	TUBERC. MOD.	INF. UR. C/ BACT.	INF. UR. C/ BACT.	CONORRÉIA	VIRUS	ESTAF. COC. OU STREPT.	SÍFILIS	OUTRAS	IGN	28
36. HEMORRAGIAS (IMPORTANTES)	SEM	DO 1º TRIMESTRE	DO 2º TRIMESTRE	PLACENTA PREVIA	DO 3º TRIMESTRE	DO 3º TRIMESTRE	DO 3º TRIMESTRE	DO 3º TRIMESTRE	DO 3º TRIMESTRE	DO 3º TRIMESTRE	DO 3º TRIMESTRE	DO 3º TRIMESTRE
37. CIRURGIA DURANTE GRAVIDEZ	SEM	CERCLA QEM 1º TRIMESTRE	CERCLA QEM 2º TRIMESTRE	CERCLA QEM 3º TRIMESTRE	RESEC. CONDILOMA	CONEXÃO	AMPUTAÇÃO DO COLO	APÊNDICE TORMA	CIRURGIA DA MAMA	OUTRAS	IGN	29

DO COMPL. DO RN PUEP E OUTRAS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
38. HEMORRAGIAS	SEM	RETENÇÃO PLACENTA PRECOCE	ADENOMIA PLACENTA ANORMAL	RETENÇÃO DA BASTA PLACENTA	INERCI. UTERINA SEM REVER.	INERCI. UTERINA COM REVER.	METRORR. QUA. TARCIA DO PUEP	PLACENTA ACRI. A	EMB. LID. ANOM. OU CAUSA BISTEM.	OUTRAS CAUSAS	IGN	30
39. INFECÇÕES	SEM	ENDOMETRITE	INFECÇÃO PERID. OPERATÓRIA	MARITE	INOM. PLEBITE	ANEXITE OU PARA METR.	ABSCES. DO OÚTULO	PERITONITE	SEPSIS	OUTRAS	IGN	31
40. CIRURGICAS	SEM	DEMB. PERID. OPERATÓRIA	SVIC. RACÃO	CORPO ESTRANHO	HERNIAÇÃO LIGAMENTO LARGO	HEMOPE. RITÓRNO	HEMAT. VUL. DU. VAGINAL POR BUI.	RUPURA UTERINA	LIGADURA UTERINA	OUTRAS CURETAG.	IGN	32
41. ESTADO DA MÃE NA ÚLTIMA TERMA	BADIA	VIVA ENF. INFECIOSA	VIVA ENF. COMPLICAÇÃO OBSTETRICA	VIVA ENF. COMPLICAÇÃO OBSTETRICA	VIVA ENF. COMPLICAÇÃO OBSTETRICA	MORTE POR INFECÇÃO	MORTE POR ANFIMIA	MORTE ECLAM. SIA	MORTE OU TRÁS CAUSAS	TRANSF. A OUTRO SERVIÇO	IGN	33
42. CURETAGEM	SEM	PÓS PARTO MEDICATO	PUEP MEDICATO	REINDEB. B.	REINDEB. B.	REINDEB. B.	REINDEB. B.	REINDEB. B.	REINDEB. B.	REINDEB. B.	REINDEB. B.	REINDEB. B.
43. ESTUDOS REALIZADOS	SEM	AMNIO. COPIA	AMNIO. CENTESIM.	VÍDEOMON.	MONITO. REAÇÃO	RE	MARE DE UM	INDICE	TRIALOGIA ANTERIOR + OUTRO	SÓ OUTROS	IGN	34
44. TABEQUANDO	NUNCA FUMOU	NÃO FUMOU DURANTE A GRAVIDEZ	NÃO FUM. < 10 CIGARROS 1 DIA	SÓ ATÉ 10 MÊS < 10 CIGARROS 1 DIA	SÓ ATÉ 10 MÊS < 10 CIGARROS 1 DIA	ALÉM DO 10 MÊS < 10 CIGARROS 1 DIA	ALÉM DO 10 MÊS < 10 CIGARROS 1 DIA				IGN	35

ALTA

DATA _____/_____/_____

DIAS DE INTERNAÇÃO DA MÃE

CONDIÇÃO DO PARTO	SAÍDA	ANTES DO PARTO	DEPOIS DO PARTO	REINTEG. NACAO
1	2	3	4	5

MÉDICO _____

DIAS INTERNAÇÃO DO RN

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

IDENTIFICAÇÃO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



FICHA NEONATAL

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
FCM - UNICAMP

Nº Nº OBSTET V DE / / REG/AIC Nº ENDEREÇO LOCAL NASCIMENTO DATA NASCIMENTO HORA VIA INTERNACÃO REINTERNAÇÃO

REINTERNAÇÃO												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	Y	
SEXO E TIPO DE PARTO	FEM SIMPLES	MASC SIMPLES	FEM DUPLO	MASC DUPLO	FEMTRIPLO	MASC TRIPLO	INDEF SIMPLES	INDEF DUPLO	INDEF TRIPLO	OUTROS	IGN	12
COR	BRANCO	NÃO BRANCO	AMARELO	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	13
ABO/RH	NII	B(++)	AB(++)	O(++)	A(-)	B(-)	AB(-)	O(-)	-	OUTROS	IGN	14
GRUPO	NÃO REAL	O(-) I(-)	O(+) I(+)	O(-) I(+)	D(+) I(-)	D(-) I-NÃO REAL	D(+) I-NÃO REAL	O NÃO REAL I(-)	O NÃO REAL I(+)	OUTROS	IGN	15

PESO ESTATURA PC PT RECEPÇÃO APGAR 1º MIN

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	Y	
PC	AUSENTE	< 100	≥ 100	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	28
ESFORÇO RESPIRAT	AUSENTE	HIPO-VENTILAÇÃO	CHORO FORTE	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	29
TONUS MUSCULAR	FLACIDO	FLEXÃO 90° NAS EXTR	BOA FLEXÃO	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	30
IRRITAR REFLEXA	SEM RESPOSTA	ALGUM MOVIMENTO	CHORO	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	31
COR	PÁLIDO CIANÓTICO	CIANOSE NAS EXTR	ROSADO	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	32

APGAR 5º MIN

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	Y	
PC	AUSENTE	< 100	≥ 100	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	33
ESFORÇO RESPIRAT	AUSENTE	HIPO-VENTILAÇÃO	CHORO FORTE	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	34
TONUS MUSCULAR	FLACIDO	FLEXÃO 90° NAS EXTR	BOA FLEXÃO	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	35
IRRITAR REFLEXA	SEM RESPOSTA	ALGUM MOVIMENTO	CHORO	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	36
COR	PÁLIDO CIANÓTICO	CIANOSE NAS EXTR	ROSADO	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	37

ANIMAÇÃO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	Y	
REANIMAÇÃO	NÃO HOUVE	1 MIN	2 MIN	3 MIN	4 MIN	5 MIN	6 MIN	7 MIN	≥ 8 MIN	OUTRAS	IGN	40
MANOBRAS	NÃO HOUVE	ASP V A S	O ₂ + MASC	O ₂ + P POSIT	INT + P POSIT	INT + ASP	WT + ASP + P POSIT	-	-	OUTRAS	IGN	41
OROSAS	NÃO HOUVE	BICARB	ALBUMINA	ADRENALINA	BICARB + ADRENALINA	BICARB + ALBUMINA	ALBUMINA + ADRENALINA	BICARB + ALB + ADR	-	OUTRAS	IGN	42
DIURESE - EVACUAÇÃO	NÃO HOUVE	DIURESE	EVACUAÇÃO	AMBOS	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	43
PROFILAXIA	NÃO HOUVE	OCULAR	VAGINAL	VITAMINA K	OCULAR + VAGINAL	OCULAR + VITAMINA K	VAGINAL + VITAMINA K	OCULAR + VAG + VIT K	-	OUTRAS	IGN	44

ERVAÇÕES

AVALIAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL (CAPURRO SOMÁTICO)

PLANA DA PELE	0	5	10	15	20
MA DA ORELHA	0	5	10	15	20
COXA MAHÉRIA	0	5	10	15	20
DEB PLANTARES	0	5	10	15	20
MACIÇÃO DO MAMILO	0	5	10	15	20

20.475.10 - CAISM

IDADE GESTACIONAL = 20.4 + CONTAGEM DIAS SEM DIAS.

IDADE GESTACIONAL

EXAME FÍSICO

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	Y	
47	IMPRESSÃO (GEMAS)	BEA	HEB	MEB									
48	PELE - MUCOSAS	ROSADA	CIANOSE EXTREM.	CIANOSE GERAL	PALIDEZ	PALIDEZ + CIANOSE					OUTRAS	IGN	47
49	PELE - LESÕES	AUSENTE	HEMATOMA	PETÉQUIAS	IMPRES MECONIAL	HEMATOMA + PETÉQUIAS	HEMATOMA + IMPRES MECONIAL	PETÉQUIAS + IMPRES MECONIAL	HEMATOMA + PETÉQUIAS + IMPRES MECONIAL		OUTRAS	IGN	49
50	FORMA E ICTERÍCIA	AUSENTE	ICTERÍCIA	LOCALIZADA EM ICTERÍCIA	GENERALIZADA EM ICTERÍCIA	ESCLEREDEMA EM ICTERÍCIA	LOCALIZADO EM ICTERÍCIA	GENERALIZADO EM ICTERÍCIA	ESCLEREDEMA EM ICTERÍCIA		OUTROS	IGN	50
51	CORDÃO UMBILICAL	2A IV SEM MAL FORM	1A IV SEM MAL FORM	2A IV ONFALOCELE	1A IV ONFALOCELE	2A IV GASTROSO	1A IV GASTROSO				OUTROS	IGN	51
52	FONTANELA	FONT ANT PLANA	FONT ANT TENSA	FONT ANT PLANA + ENCEFALOCE	FONT ANT TENSA + ENCEFALOCE						OUTROS	IGN	52
53	SUTURAS CRANEAIS	3 OU + SUT ACAVALO	3 OU + SUT JUSTAPOS	3 OU + SUT AFASTADAS	DIREÇÃO DE SUTURAS	MINISTOSE 1A NO MINIMO 1 SUTURA	ANENCEFALIA				OUTROS	IGN	53
54	BOSSA	AUSENTE	PEQUENA	MÉDIA	GRANDE						OUTROS	IGN	54
55	CEFALO HEMATOMA	AUSENTE	PARIAL	BI PARIAL	OCCIPITAL	FRONTAL					OUTROS	IGN	55
56	CONSISTEN OSSEA	NORMAL	CRANEOFRONTAL								OUTRAS	IGN	56
57	OLHOS	PRESENTES OS DOIS E NORMAIS	CATARATA PELO MENOS EM UM	OPACIFIC DA CORNEIA PELO MENOS UM							OUTROS	IGN	57
58	NARIZ	COANAS PERMEÁVEIS	PELO MENOS 1 COANA IMPERME	COANAS PERM + SEGREGAÇÃO	1 COANA IMPERME + SEGREGAÇÃO						OUTROS	IGN	58
59	BOCA	NORMAL	PALATO OBOVAL	VENHA LARIAL E/OU PALATINA	PAL OBOVAL + PALATINA						OUTROS	IGN	59
60	ORELHAS	IMPLANT NORMAL BEM FORMADAS	IMPLANT NORMAL PELO MENOS UMA MAL FORMADA	PELO MENOS UMA MAL IMPLANT BEM FORMADAS	PELO MENOS UMA MAL IMPLANT PELO MENOS UMA MAL FORM	ABSENÇA DE PELO MENOS UMA					OUTROS	IGN	60
61	PESCOÇO	BOA MOBIL SEM MASSA	BOA MOBIL COM MASSA	BOA MOBIL SEM MASSA	BOA MOBIL COM MASSA						OUTROS	IGN	61

APARELHO CARDIO-VASCULAR

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	Y	
62	SOPRO	AUSENTE	SISTÓLICO	DIASTÓLICO	SISTÓLICO + DIASTÓLICO						OUTROS	IGN	62
63	ARRITMIA	AUSENTE	PRESENTE								OUTROS	IGN	63
64	PULSO	AUSENTE	NORMAL	AMPLIO	FILIFORME	AUSENTE MM II					OUTROS	IGN	64

PA SISTÓLICA PA MÉDIA PC

APARELHO RESPIRATÓRIO

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	Y	
72	DEMÊNCIA BATIM ASA TIRAGEM E/OU RETR.	AUSENTE	DEMÊNCIA	BATIM ASA NARIZ	TIRAGEM/RETRAÇÃO	DEMÊNCIA + BATIM ASA	DEMÊNCIA + TIRAGEM E/OU RETRAÇÃO	BATIM ASA + TIRAGEM/RETRAÇÃO	DEMÊNCIA + BATIM ASA + TIRAGEM		OUTROS	IGN	72
73	CLAVÍCULA	SEM FRATURA	FRATURA UNILATERAL	FRATURA BILATERAL							OUTROS	IGN	73
74	AUSCULTA	BOA EXPANSÃO COM RUÍDOS	BOA EXPANSÃO SEM RUÍDOS	MÁ EXPANSÃO COM RUÍDOS	MÁ EXPANSÃO SEM RUÍDOS						OUTROS	IGN	74

FR IDENTIFICAÇÃO

ABDOMEN E GENITAIS

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	Y	
7	INTENSÃO + RUÍDOS	NORMAL RHA +	DISTENDIDO RHA +	ESCAVADO RHA +	NORMAL S/RHA	DISTENDIDO S/RHA	ESCAVADO S/RHA				OUTROS	IGN	7
8	FÍGADO	ATE 10 CM CONSIST NORMAL	ATE 17 CM CONSIST AUMENT	12 - 30 CM CONSIST NORMAL	13 - 30 CM CONSIST AUMENT	> 30 CM CONSIST NORMAL	> 30 CM CONSIST AUMENT				OUTROS	IGN	8
9	BACO	NÃO PALP	PALP CONSIST NORMAL	PALP CONSIST AUMENT							OUTROS	IGN	9
10	MASSA ABDOMINAL	AUSENTE	PRESENTE CONSIST CISTICA	PRESENTE CONSIST SÓLIDA	PRESENTE CONSIST PETREA						OUTROS	IGN	10
11	TESTÍCULO UNILATERAL	NÃO NORMAL	2 TESTÍCULO NA BOLSA SEM HODOR	PELO MENOS 1 TESTÍCULO NO CANAL SEM HODOR	PELO MENOS 1 TESTÍCULO NA BOLSA COM HODOR	2 TESTÍCULO NA BOLSA COM HODOR	PELO MENOS 1 TESTÍCULO NO CANAL COM HODOR	PELO MENOS 1 TESTÍCULO NA BOLSA COM HODOR	2 TESTÍCULO NA BOLSA COM HODOR		OUTROS	IGN	11
12	HERNIA URETRA	SEM HERNIA ORIFÍCIO URETRAL NORMAL	COM HERNIA ORIFÍCIO URETRAL NORMAL	SEM HERNIA EPIPADIA	COM HERNIA EPIPADIA	SEM HERNIA HIPOSPADIA	COM HERNIA HIPOSPADIA				OUTROS	IGN	12

Nº GEMELAR

EXTREMIDADES E COLUNA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	Y	
14 FRATURA	SEM FRATURA	COM FRATURA	-	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	13
15 MALFORMAÇÃO	SEM MALFORMAÇÃO	COM MALFORMAÇÃO	-	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	14
17 ORTOLANI	NEGATIVO	POSITIVO UNILATERAL	POSITIVO BILATERAL	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	15
16 COLUNA	NORMAL	LORDOSE	ESCOLIOSE	CIFOSE	MENIN. E/OU MIELOCELE	LORDOSE + MEN/MIEL	ESCOLIOSE + MEN/MIEL	CIFOSE + MEN/MIEL	-	OUTROS	IGN	16

OBS

NEUROLÓGICO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	Y	
17 TONUS	NORMAL	HIPOTONIA	HIPERTONIA	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	17
18 REFLEXO OSTEO FENDIMUSCUL	AUSENTE	HIPORREFLEXIA LOCALIZADA	HIPORREFLEXIA GENERALIZADA	HIPERREFLEXIA LOCALIZADA	HIPERREFLEXIA GENERALIZADA	NORMAL	-	-	-	OUTROS	IGN	18
19 SUÇÃO	AUSENTE	MONTENTE	NORMAL	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	19
20 MORD	AUSENTE	COMPLETO	INCOMPLETO	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	20
21 PRESSÃO PALMAR	AUSENTE	DÉBIL	NORMAL	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	21
22 PRESSÃO PLANTAR	AUSENTE	DÉBIL	NORMAL	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	22
23 MARFISSE REFLEXA	AUSENTE	PRESENTE	-	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	23
24 GRIFFO PLANTAR	AUSENTE	PRESENTE	-	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	24
25 TÔNICO CERVICAL	AUSENTE	PRESENTE	-	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	25
26 GAI ANI	AUSENTE	PRESENTE	-	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	26
27 FUGA ALEXIA	AUSENTE	PRESENTE	-	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	27
28 TREMOR	AUSENTE	PROVOCADOS	ESPONTAN	PROVOCADOS + ESPONTAN	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	28
29 PARALISIA OU PARESIA	AUSENTE	PRESENTE	-	-	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	29

OBS

ORÇAS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	Y	
30 ANTIBIOTICA	NÃO HOUE	SÓ ANTIB	SÓ XANTINA	ANTIB + XANTINA	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	30
31 DOPAMINA E CURARE	NÃO HOUE	SÓ DOPAM	SÓ CURARE	DOPAMINA + CURARE	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	31
32 INDOM E TOLAZOL	NÃO HOUE	SÓ INDOM	SÓ TOLAZOL	INDOM + TOLAZOL	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	32
33 DIGITAL E DIURÉTICO	NÃO HOUE	SÓ DIGITAL	SÓ DIURÉTICO	DIGITAL + DIURÉTICO	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	33

OBS

ATITUDES E PROCEDIMENTOS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	Y	
34 ASSISTÊNCIA ESPIRAT	NÃO REALIZADA	CAPUZ	C P A P	RESPIRADOR	CAPUZ + CPAP	CAPUZ + RESPIRADOR	CPAP + RESPIRADOR	CAPUZ + C P A P + RESPIRADOR	-	OUTROS	IGN	34
35 LAETER	NÃO REALIZADO	VEIA UMBELICAL	ARTÉRIA UMBELICAL	FLEBOTOMIA	ARTÉRIA + VEIA UMBELICAL	ARTÉRIA + FLEBOTOMIA	VEIA + FLEBOTOMIA	ARTÉRIA + VEIA + FLEBOTOMIA	-	OUTROS	IGN	35
36 INTUBAÇÃO VENTIL AMNI E/OU NASC	NÃO REALIZADA	ENTUBAÇÃO SEM VENTIL	VENTIL SEM ENTUBAÇÃO	ENTUBAÇÃO + VENTIL	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	36
37 PUNÇÕES E CATETERISMO CARDIACO	NÃO REALIZADO	PUNÇÃO LOMBAR	PUNÇÃO SUPRA PÚBICA	CATETER CARDIACO	P LOMBAR + S PÚBICA	P LOMBAR + CAT CARD	P SUPPÚBICA + CAT CARD	LOMBAR + SUPPÚBICA + CAT CARD	-	OUTROS	IGN	37
38 CIRURGIA ALIMENT PARENTER	NÃO REALIZADA	CIRURGIA	N P P	N P T	CIRURGIA + N P P	CIRURGIA + N P T	N P P + N P T	CIRURGIA + N P P + N P T	-	OUTROS	IGN	38
39 FOTOTERAPIA EXSANGUINADO	NÃO REALIZADA	FOTO	EXS	PLASMA FERES	FOTO + EXS	FOTO + PLASMA FERES	EXS + PLASMA FERES	FOTO + EXS + PLASMA FERES	-	OUTROS	IGN	39
40 TRANSFUSÃO SANGUE E/OU PLASMA	NÃO REALIZADA	SANGUE	PLASMA	SANGUE + PLASMA	-	-	-	-	-	OUTROS	IGN	40
41 SNU	NÃO REALIZADA	CONTINUA SEM BOMBA	CONTINUA COM BOMBA	INTERMITEN	CONTINUA SEM BOMBA + INTERMIT.	CONTINUA COM BOMBA + INTERMIT.	-	-	-	OUTROS	IGN	41
42 SNU	NÃO REALIZADA	CONTINUA SEM BOMBA	CONTINUA COM BOMBA	INTERMITEN	CONTINUA SEM BOMBA + INTERMIT.	CONTINUA COM BOMBA + INTERMIT.	-	-	-	OUTROS	IGN	42
43 TIPO DE LEITE	NÃO REALIZADO	L M	LEITE HUMANO	FÓRMULA	L M + LEITE HUM	L M + FÓRMULA	LEITE HUMANO + FÓRMULA	L M + LEITE HUMANO + FÓRMULA	-	OUTROS	IGN	43

OBS

LISTA DE DIAGNÓSTICOS

1	0	NORMAL
2	0	MEMBRANA HIALINA
3	0	PERSIST CIRCULAÇÃO FETAL
4	0	TAQUIPNÉIA TRANSITÓRIA
5	0	ASPIRAÇÃO MECÔNIO
6	0	OUTRAS SINDR. DE ASPIRAÇÃO
7	0	PNEUMONIA
8	0	PNEUMOTORAX E/OU PNEUMOMED
9	0	DISPLASIA BRONCO-PULMONAR
0	0	CRISES DE APNÉIA E/OU CIANOSE
1	0	OUTRO PROB RESPIRATÓRIO

2	0	HIPOGLICEMIA
3	0	HIPERGLICEMIA
4	0	HIPOCALCEMIA
5	0	HIPOMAGNESEMIA
6	0	ACIDOSE METABÓLICA TARDIA
7	0	HIPOTERMIA
8	0	OUTRO DISTURBIO METABÓLICO

9	0	TRAUMA OBSTÉTRICO
---	---	-------------------

0	0	CONVULSÃO
1	0	HEMORRAGIA CEREBRAL
2	0	OUTRO PROBLEMA NEUROLÓGICO

3	-	HEPERBILIRRUBINA IND COM BT	
4	BT < 8	5 8-10	6 11-15
7 16-20	8 21-25	9 26-30	0 > 30

LURA

DIAGNÓSTICOS

18	28	38	48	58	68	78	88	98
44	47	50	53	56	59	62	65	68
49	49	55	59	61	64	67	69	70

ALTA HOSPITALAR

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	Y		
71	COMO DE ALTA	BOAS	MELHORADO	ÓBITO COM NECRO	ÓBITO SEM NECRO	SEM MELHORA	-	-	-	-	OUTROS	18H	71
72	SEQUELA NEUROL.	SEM SEQUELA	SUSPEITA DE SEQUELA	EVIDENCIA DE SEQUELA	-	-	-	-	-	-	OUTROS	18H	72

DATA DA ALTA	DIAS DE INTERNAÇÃO OU DIAS DE VIDA	73	74	IDENTIFICAÇÃO	F	M	1	2	77	78
--------------	------------------------------------	----	----	---------------	---	---	---	---	----	----

SE VISTO PELO

SIGNATURA

2	4	0	HEPERBILIRRUBINÁ DIRETA
---	---	---	-------------------------

CAUSA

2	5	-	DOENÇA HEMOLÍTICA
---	---	---	-------------------

1	Rh	2	ABO	3	OUTRA
---	----	---	-----	---	-------

2	6	-	SEPTICEMIA
---	---	---	------------

1	COMPROVADA POR CULTURA	2	NÃO COMPROVADA POR CULTURA
---	------------------------	---	----------------------------

2	7	-	MENINGITE
---	---	---	-----------

1	COMPROVADA POR CULTURA	2	NÃO COMPROVADA POR CULTURA
---	------------------------	---	----------------------------

2	8	-	DIARRÉIA INFECCIOSA
---	---	---	---------------------

1	COMPROVADA POR CULTURA	2	NÃO COMPROVADA POR CULTURA
---	------------------------	---	----------------------------

2	9	-	ONFALITE
---	---	---	----------

1	COMPROVADA POR CULTURA	2	NÃO COMPROVADA POR CULTURA
---	------------------------	---	----------------------------

3	0	-	CONJUNTIVITE INFECCIOSA
---	---	---	-------------------------

1	COMPROVADA POR CULTURA	2	NÃO COMPROVADA POR CULTURA
---	------------------------	---	----------------------------

3	1	-	INFECÇÃO CUTÂNEA
---	---	---	------------------

1	COMPROVADA POR CULTURA	2	NÃO COMPROVADA POR CULTURA
---	------------------------	---	----------------------------

3	2	-	OUTRA INFECÇÃO
---	---	---	----------------

1	COMPROVADA POR CULTURA	2	NÃO COMPROVADA POR CULTURA
---	------------------------	---	----------------------------

3	3	0	DIARRÉIA NÃO BACTERIANA
---	---	---	-------------------------

3	4	-	INFECÇÃO CRÔNICA CONGÊNITA
---	---	---	----------------------------

1	SÍFILIS	2	TÓXO	3	CILOME BALO	4	RUBÉOLA
---	---------	---	------	---	-------------	---	---------

5	HERPES	6	CHAGAS	7	MONO NUCLEO	8	OUTRO
---	--------	---	--------	---	-------------	---	-------

3	5	0	ENTEROCOLITE NECROTIZANTE
---	---	---	---------------------------

3	6	0	FILHO DE MÃE DIABÉTICA
---	---	---	------------------------

3	7	0	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
---	---	---	------------------------

3	8	0	INSUFICIÊNCIA RENAL
---	---	---	---------------------

3	9	0	INSUFICIÊNCIA SUPRARENAL
---	---	---	--------------------------

4	0	-	CARDIOPATIA CONGÊNITA (EXC P.C.A.)
---	---	---	------------------------------------

1	DIAGNOSTICADA	2	NÃO DIAGNOSTICADA
---	---------------	---	-------------------

QUAL

4	1	0	P.C.A.
---	---	---	--------

4	2	0	HIPOTENSÃO-CHOQUE
---	---	---	-------------------

4	3	0	MÁ FORMAÇÃO DIGESTIVA
---	---	---	-----------------------

QUAL

4	4	0	OUTRO PROBLEMA DIGESTIVO
---	---	---	--------------------------

QUAL

4	5	0	PROB GENITO-URINÁRIO
---	---	---	----------------------

QUAL

4	6	0	TUMOR
---	---	---	-------

QUAL

4	7	0	PROBLEMA ORTOPÉDICO
---	---	---	---------------------

QUAL

4	8	0	DOENÇA OCULAR (EXC CONJUNT)
---	---	---	-----------------------------

QUAL

4	9	0	DOENÇA CUTÂNEA (EXC INFECÇÃO)
---	---	---	-------------------------------

QUAL

5	0	-	SÍNDROME DISMORFOLÓGICA CROMOSSOMICA OU GENÉTICA
---	---	---	--

1	DIAGNOSTICADA	2	NÃO DIAGNOSTICADA
---	---------------	---	-------------------

QUAL

5	1	0	OUTRAS ANOMALIAS CONGÊNITAS
---	---	---	-----------------------------

QUAL

5	2	0	HEMORRAGIA (EXC CEREBRAL)
---	---	---	---------------------------

LOCAL

5	3	0	C.I.V.D
---	---	---	---------

5	4	0	ANEMIA
---	---	---	--------

5	5	0	POLICITEMIA
---	---	---	-------------

5	6	0	DESIDRATAÇÃO
---	---	---	--------------

9	9	0	OUTRA(S) NÃO CLASSIFICADA(S)
---	---	---	------------------------------

QUAIS

ANEXO III

HIPERTENSÃO E GRAVIDEZ

Nº Caso: _ _ _ Nº FO _ _ _ _ _ Nº F.Neo _ _ _ _ _

1. Idade: |_||_| 2. Nº partos: |_||_|

3. Intervalo Interpartal: |_||_|

4. Antecedentes maternos: a) |_||_| b) |_||_| c) |_||_| d) |_||_|

5. TPP: |_||_| 6. Local Pré-Natal: |_||_|

7. Peso Habitual: |_||_| 8. DUM: |_||_|

9. PA: _ _ _/_ _ _ 10. PA data aumento: |_||_|

11. Data parto: |_||_| 12. PA data parto: _ _ _/_ _ _

13. Data PA máxima: |_||_|

14. Nível máximo PA: _ _ _/_ _ _

15. Forma início trab. parto: |_||_| 16. Forma término parto |_||_|

17. Morbidade maternas: a) |_||_| b) |_||_| c) |_||_| d) |_||_|

18. Tempo de internação mãe: |_||_| 19. Sofrimento fetal: |_||_|

DADOS DO RN

20. Peso: |_||_| 21. Altura: |_||_| 22. PC: |_||_|

23. Perc.: |_||_| 24. Apgar 1º: |_||_| 25. Apgar 5º: |_||_|

26. Capurro: |_||_| (dias)

27. Morbidade do RN: a) |_||_| b) |_||_| c) |_||_| d) |_||_|

28. Condições do RN alta: |_||_| 29. Tempo internação RN: |_||_|

30. Gêmeos? |_||_|

ANEXOS IV

Classificação dos distúrbios hipertensivos na gravidez:

A. Hipertensão e/ou proteinúria gestacional (hipertensão e/ou proteinúria se desenvolvendo durante a gravidez, parto ou puerpério imediato, em mulher previamente normotensa e não proteinúrica)

A1 Hipertensão gestacional

A2 Proteinúria gestacional

A3 Hipertensão e proteinúria gestacional (pré-eclâmpsia)

B. Hipertensão crônica essencial ou doença renal crônica (hipertensão e/ou proteinúria na gravidez em mulher com hipertensão crônica ou doença renal crônica diagnosticada antes, durante ou depois da gravidez)

B1 Hipertensão crônica (sem proteinúria)

B2 Doença renal crônica (proteinúria com ou sem hipertensão)

B3 Hipertensão crônica com pré eclâmpsia superposta (proteinúria se desenvolvendo precocemente na gravidez em mulher com conhecida hipertensão crônica)

C. Hipertensão e/ou proteinúria não classificadas

C1 Início de pré-natal após 140 dias de amenorréia na mulher sem conhecimento de hipertensão arterial crônica ou doença renal crônica prévia

C2 Durante a gravidez, parto ou puerpério imediato onde as informações são insuficientes para uma classificação

D. Eclâmpsia (ocorrência de convulsões generalizadas durante a gravidez, parto ou dentro de sete dias de puerpério, e não causadas por epilepsia ou outros transtornos convulsivos).

Reclassificação no puerpério:

1. Se a hipertensão e/ou proteinúria desaparecem
 - A. Hipertensão gestacional (sem proteinúria)
 - B. Proteinúria gestacional (sem hipertensão)
 - C. Pré-eclâmpsia
2. Se a hipertensão e/ou proteinúria persistem ou outro teste confirme o diagnóstico
 - A. Hipertensão crônica (sem proteinúria)
 - B. Doença renal crônica (proteinúria com ou sem hipertensão)
3. Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta.