

HISTÓRIA CLÍNICA PERINATAL SIMPLIFICADA

PROPOSTA DE UM MODELO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

DE BAIXA COMPLEXIDADE

**Drs. Ricardo Schwarcz, Angel Gonzalo Díaz, Ricardo H. Fescina, José L.
Díaz Rosselló, Miguel Martell e Eng. Simón M. Tenzer**

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE

DEPARTAMENTO SANITÁRIO PANAMERICANO

**DEPARTAMENTO REGIONAL DA ORGANIZAÇÃO
MUNDIAL DA SAÚDE**

I N D I C E

RESUMO

SINOPSE

INTRODUÇÃO

OBJETIVOS

CARACTERÍSTICAS DA HCPS

- . A HCPS PROPRIAMENTE DITA (PRIMEIRA FOLHA)
- . MÓDULOS DA HCPS
- . SISTEMA DE ALARME. ENFOQUE PARA A DETECÇÃO DO RISCO PERINATAL
- . FOLHA CODIFICADA PARA PROCESSAMENTO DA HCPS (SEGUNDA FOLHA)
- . CARNÊ PERINATAL
- . FUNCIONAMENTO DA HCPS

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA HCPS

- . FORMA DO PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO
- . EXPLICAÇÃO DE CADA ITEM

INSTRUÇÕES PARA A CODIFICAÇÃO E TRANSCRIÇÃO DOS DADOS PARA COMPUTAÇÃO

- . ITENS QUE REQUEREM CODIFICAÇÃO OU REVISÃO
- . TRANSCRIÇÃO DE DADOS
- . DESENHO DO REGISTRO DE DADOS EM MEIO MAGNETICO

GUIA PARA O TREINAMENTO NO PREENCHIMENTO DA HISTÓRIA CLÍNICA PERINATAL SIMPLIFICADA

RESUMO

Apresenta-se uma 'História Clínica Perinatal Simplificada (HCPS) elaborada no Centro Latino Americano de Perinatología e Desenvolvimento Humano (da OPS/OMS) (*), CLAP - OPS/OMS.

A HCPS de uso simples está destinada ao nível primário de atenção de baixa complexidade. Reúne em uma só folha dados mínimos indispensáveis para os cuidados perinatais primários e para a investigação nos serviços de saúde.

Para facilitar a tomada de decisões no nível primário, a HCPS conta com um sistema de alarme sobre alguns fatores que podem elevar o risco perinatal.

Ademais permite a codificação automática dos dados por pressão direta a uma segunda folha, no momento em que estes se registram na HCPS (primeira folha). A segunda folha codificada permite enviar os dados ao centro de processamento de dados, ficando a HCPS (primeira folha), na Unidade de Saúde.

(*) Publicada em: Bol. Of. Sanit. Panam., 95: 163, 1983

SINOPSE

Apresenta-se uma História Clínica Perinatal Simplificada de uso simples, destinada à assistência perinatal e a investigação nos serviços de saúde de nível primário de baixa complexidade.

INTRODUÇÃO

A assistência da maioria dos casos de gravidez, partos e recém nascidos realiza-se com cuidados primários. Nos países que possuem um sistema de saúde organizado, esta assistência realiza-se com êxito. Naqueles carentes de organização e recursos, frequentemente comprova-se que a assistência não é a mais apropriada. Isto é devido a que ficam no nível primário e inclusive fora do sistema formal de assistência, mães e crianças de alto risco, sem os cuidados necessários, seja por incapacidade de reconhecê-los, de referenciá-los ou de serem absorvidos pelo nível de complexidade imediatamente superior. Felizmente, esta situação tende a ser corrigida paulatinamente na Região das Américas, por meio da organização da assistência perinatal por níveis de complexidade e da aplicação do enfoque de risco, somado à gradual incorporação dos partos domiciliares ao sistema institucional.

O Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP - OPS/OMS), com o objetivo de contribuir com as Estratégias Regionais de Saúde para Todos no ano 2000 (SPT-2000), traçadas pelas direções da OPS/OMS, está desenvolvendo uma série de tecnologias apropriadas para cooperar na consecução do objetivo de estender

cobertura da assistência perinatal. Um exemplo disto é a apresentação desta HCPS destinada ao nível primário de assistência de baixa complexidade.

A HCPS de uso simples e de baixo custo, cumpre com a finalidade de reunir num só formulário uma série de dados fáceis de obter que resumem a informação mínima indispensável para um aceitável nível de assistência perinatal. Foi concebida para aqueles serviços em que por sua baixa complexidade não é possível implantar a História Clínica Perinatal mais ampliada, que também propicia este Centro (1), atualmente implantada em serviços de maior complexidade em muitos países da Região das Américas. A HCPS conta com um sistema de alarme sobre alguns fatores preponderantes que podem elevar o risco perinatal. Também oferece um resumo dos dados perinatais coletados que são codificados automaticamente no momento do registro dos mesmos, ou seja no momento da assistência materno-feto-neonatal dada, a concepção do registro de dados em formulários carbonados, o que simplifica a operação de obtenção de dados para o seu processamento. Isto permite a remessa dos dados a qualquer centro de processamento, ficando a HCPS no local da assistência. Os dados codificados da HCPS são similares aos do resumo estatístico da História Clínica Perinatal ampliada. Portanto, ambas as Histórias implantadas em distintos níveis de assistência podem alimentar um mesmo banco de dados perinatais.

OBJETIVOS

- 1) Servir de base para planejar a assistência à gestante e seu filho e facilitar o funcionamento dos serviços perinatais no nível primário de atenção de baixa complexidade.
- 2) Normatizar e unificar a coleta de dados
- 3) Facilitar ao pessoal de saúde a aplicação das normas de assistência à gestante e ao recém-nascido.
- 4) Oferecer elementos básicos que facilitam a supervisão dos serviços de atenção primária para a mãe e para o Recém-Nascido.
- 5) Auxiliar na capacitação da equipe de saúde
- 6) Conhecer as características da população atendida.
- 7) Constituir um registro básico de dados perinatais para a pesquisa em serviços de saúde.
- 8) Constituir um registro básico de dados de interesse legal para a gestante e seu filho, para a equipe de saúde e para a instituição responsável pela atenção.

CARACTERÍSTICAS DA HCPS

Está constituída por duas folhas que devem permanecer juntas e separar-se somente quando a atenção materno-feto-neonatal desse caso estiver concluída.

Os dados de todo o processo perinatal estão condensados na primeira folha, cujas dimensões são de 27,5 cm de altura por 21,5 cm de largura (tamanho ofício).

Esta cor significa ALARME

CLAP-OPS/OMS HISTORIA CLINICA PERINATAL SIMPLIFICADA				ESTABELECIMENTO				Nº HISTORIA CLINICA							
SOBRENOMES				NOMES											
RUA E NUMERO				IDADE Anos		ALFABETIZ.		INSTRUÇÃO		ANOS APROVADOS		ESTADO CIVIL			
				Menor de 15 Maior de 35		Sim Não		Nenh. Segund. Prim. Univ.				União Casada estável Solt. Outro			
LOCAL				OBSTETRICOS Anotar o número de				VIVERAM		ALGUM RECEM NASCIDO PESOU MENOS de 2500 g.					
FAMILIARES		PESSOAIS		GESTAS		ABORTOS		VAGINAIS		MORRERAM 1ª sem.		MORRERAM depois 1ª sem.			
Diabetes		T. pulmonar		Nenhum ou mais de 3 partos		PARTOS		CESAREAS		NASC. VIVOS		NASC. MORTOS			
Diabetes		Hipertensão crônica								DATA TERMINAÇÃO DA GESTAÇÃO ANTERIOR		Mês Ano			
T. pulmonar		Cirurgia pélvico-uterina													
Gemelares		Infertilidade													
Outros		Outros													
GESTAÇÃO				Dúvidas				INTERNAÇÃO GESTAÇÃO							
Peso habitual		Estatura (cm)		Dia Mes Ano		Vacinas Anti-tetânica 1º 2º/R		Não Sim		ENCAMINHADO		Dia Mês Ano			
Kg		1		U. Menst. Provável Parto		Mês gestação		Dias		Lugar					
GRUPO SANG.		SOROLOGIA LUEITICA		FUMA		Ex CLINICO NORMAL		Ex ODONTOL. NORMAL		CERVIX NORMAL		Ex MAMAS NORMAL			
+ Sensibil. Não Sim		Dia Mes		Negat. Posit.		Não Sim		Sim Não		Sim Não		Sim Não			
CONSULTA Nº.		1		2		3		4		5		6			
DATA				PATOLOGIA GESTAÇÃO PARTO PUERPERIO											
SEMANAS DE AMENORREIA				Gestação múltipla				Desproporção cef. pelv.							
PESO (Kg)				Hipertensão previa				Hemorragia 1º. trim.							
TENSÃO ARTERIAL Max./Min. (mm Hg)				Pré-eclampsia				Hemorragia 2º. trim.							
ALTURA UTERINA Pubis - fundo (cm)				Eclampsia				Hemorragia 3º. trim.							
F.C.F. (bat/min)				Cardiopatia				Anemia crônica							
APRESENTAÇÃO Cef. Pelv. ou Transv.				Diabetes				Rotura prematura memb.							
				Infecção urinaria				Infecção puerperal							
				Outras infecções				Hemorragia puerperal							
				Parasitoses				Outra							
				Ameaça parto prematuro				Nenhuma							
PARTO OU ABORTO				MEMBRANAS Data rotura											
IDADE GESTA		TAMANHO FETAL CORRESPONDE		INICIO		Esp. Int. Hora Dia Mês		Cef. Pelv. Transv.		OBSERVAÇÕES E RESULTADOS DE LABORATORIO					
Menor 37 Maior 42		Sim Não		Esp. Int. Ind. Rot.											
TRABALHO DE PARTO				NIVEL DE ATENÇÃO											
HORA				3º. 2º. 1º. Domic. Outro											
F.C. Mat. (bat/min)				ATENDEU Médico Ent./Part. Auxil. Empir. Outro											
TENSÃO ARTERIAL Max./Min. (mm Hg)				PARTO NEONATO											
FREQ. en 10 min.															
DURAÇÃO en seg															
F.C.F. (bat/min)															
DILAT. CERV. (Orif. int. cm)															
TERMINAÇÃO															
Espont. Cesárea		Hora Dia Mês Ano													
Forceps Outra															
RECEM - NASCIDO				APGAR minuto				PESO AO NASCER							
F. VIVO		1º. 5º.		Menor 2.500 g		IDADE GESTA por exame físico		PESO/E. GEST.		PUERPERIO					
M. Não		6 ó menor				Menor de 37 sem.		Adequado Pequeno Grande		HORAS OU DIAS POS-PARTO OU POS-ABORTO					
EX-FISICO				EX-NEUROL				PATOLOGIAS				TEMPERATURA			
Normal Anormal		Normal Anormal Duvidoso		Memb. hial. S. aspirativo		Outros SDR Apneias Hemorragia		Hiperbilirrub. Infecção Neurológica		Anomal. cong. Outra Nenhuma		PULSO (bat/min)			
ALTA DO NEONATO				IDADE NA ALTA OU TRANSFERIDO				IDADE AO FALECER				TENSÃO ARTERIAL Max./Min. (mm Hg)			
Sádio Com. patol.		Encami. Falece		Dias Horas		Dias Horas		RETRAÇÃO UTERINA				CARACTERISTICAS DO LOQUIOS			
DIAGNOSTICOS												ALTA DA MAE			
ALIMENTAÇÃO NA ALTA				Só peito Peito + artificial Só artificial								Sádia Encami. Com. patol.			
												Falece durante			
												Gestação Parto Puerperio			
												CONDON Ligadura de trompas D.I.U. Ritimo Oral Outro			
												ORIENTAÇÃO CONTRACEÇÃO			
												Sim Não			

Doc. Int. CLAP 25/84 INTERGRAF S.A.

A HCPS vem acompanhada de um Manual de Instrução para uniformizar o registro dos dados. A segunda folha destina-se à codificação dos dados, que se realiza automaticamente por ser impressa em papel carbonado.

DESCRIÇÃO

Primeira folha

Nesta página uniformiza-se o conteúdo da documentação correspondente a um acontecimento obstétrico (gravidez, parto e puerpério) e ao recém nascido, no período neonatal imediato.

A diagramação do formulário facilita a coleta sistemática dos dados no momento oportuno. O Manual de Instruções auxilia em todos os casos a uniformizar o registro.

O formulário está constituído por uma série de módulos, onde se encontram perguntas as quais, na sua grande maioria, são respondidas com respostas fechadas.

MÓDULOS DA HCPS

A HCPS começa com dados de identificação, idade e caracterização sócio-cultural, e continua com os antecedentes familiares, pessoais e obstétricos, de reconhecida importância para o prognóstico da gestação atual.

No módulo "gestação" figuram aqueles dados ou exames que devem ser anotados ou lembrados em cada controle pré-natal. Seu preenchimento induz ao cumprimento de uma série de ações que devem ser realizadas na assistência perinatal.

O módulo "parto ou aborto" inclui informação básica para o controle do período de dilatação, assim como os dados do parto e dequitação mais importantes para o futuro controle da puérpera e do neonato.

O módulo "recém nascido" inclui os dados fundamentais do exame que determina o tipo e o nível de cuidado que a criança requer.

No módulo "puerpério" se resumem as ações desenvolvidas no pós-parto ou pós aborto.

Tanto o componente neonatal como o materno finalizam com o estado na alta e patologias diagnosticadas. No componente materno incluem-se também dados relativos à orientação sobre contracepção.

O módulo "observações e resultados de laboratório" está destinado aos comentários que se considerem necessários.

SISTEMA DE ALARME

ENFOQUE PARA A DETECÇÃO DO RISCO PERINATAL

A HCPS conta com uns quadrículos de cor amarela que indicam alguns fatores importantes que frequentemente podem aumentar o risco perinatal. Quando um ou mais destes fatores está presente, marca-se o/os quadrículos o/os correspondentes. Com esta modalidade, a HCPS pretende alertar o pessoal responsável pelo cuidado da mãe e da criança no nível primário, para facilitar a tomada de decisões que as normas locais dispõem.

FORMULÁRIO PARA PROCESSAMENTO DA HCPS (Segunda folha)

Ao escrever sobre a primeira folha os dados decalcam-se na segunda folha, com o que se evita a tarefa intermediária de transporte. Isto garante a fidelidade do seu preenchimento. Este formulário está preparado para a codificação e transcrição de 83 itens. Em 76 deles a codificação é automática pelo decalque. Os 7 itens restantes codificam-se diretamente e com muita facilidade segundo as instruções, sem requerer mais informação que a contida no próprio formulário (segunda folha), por exemplo: número de controles pré-natais, local onde ocorreu o parto ou aborto, etc.

Existem instruções básicas para a codificação e transcrição dos dados. A transcrição dos dados a um meio magnético realiza-se de forma fácil por estar o formulário desenhado para este propósito.

A transcrição pode ser feita a disco, "diskette", "cassette" ou fita magnética e com qualquer máquina que opera com registros magnéticos de 128 posições, em código EBCDIC ou ASCII de 8 posições. Esta condição é satisfeita pela maioria das máquinas de transcrição e computadoras existentes.

CARNÊ PERINATAL

A gestante na sua primeira consulta no pré-natal deve receber um carnê, onde serão registrados os dados mais importantes desta e das consultas seguintes. Para isto, propõe-se um modelo de carnê semelhante a "história clínica perinatal simplificada" permitindo assim a transcrição rápida dos dados da história ao carnê.

Este contém dados não só da gestação como também do parto e puerpério, além de gráficas que orientarão cada caso e conselhos à gestante. Esta deverá ser orientada para que leve sempre consigo o carnê em cada consulta e no momento do parto. Com esta medida evita-se a falta de informação, principalmente quando o parto ocorreu em outro local. Esta é a situação mais frequente em que a consulta pré-natal e o parto realizam-se em locais diferentes.

FUNCIONAMENTO DA HCPS

A História Clínica deverá iniciar-se na primeira consulta da gestante. Esta história permanecerá no local da assistência pré-natal, para ser consultada quando for necessário.

O carnê perinatal deverá ser preenchido na primeira consulta e atualizado nas seguintes.

Em aquelas gestantes cujo parto ocorreu em outra instituição deverá iniciar-se outra história clínica. Para isto se utilizará o carnê perinatal que fornecerá dados fundamentais para o preenchimento completo desta nova história clínica. Este carnê deverá ser completado com os dados do parto, puerpério e do Recém Nascido, devendo a genitora apresentá-lo na primeira consulta do seu filho. Nesta primeira consulta iniciará o carnê pediátrico, para o controle do crescimento e desenvolvimento da criança.

PROCESSAMENTO

O CLAP elaborou um sistema para processamento computadorizado da HCPS, o qual compreende desde a consistência dos dados até a emissão do diagnóstico de situação, permitindo dispor de um banco de dados perinatais para atender futuras análises, correlações e projetos de investigação.

"MANUAL DE INSTRUÇÕES"

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA HCPS

Foram redigidas as instruções que esclarecem o significado do preenchimento de cada item da História.

1) FORMA DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

A HCPS está reduzida a uma só folha e tem todos os itens definidos com suas alternativas, sendo seu preenchimento facilitado por ter apenas que ser marcado nas casas retangulares.

Para uma melhor interpretação e maior aproveitamento dos dados a serem processados é fundamental o correto e completo preenchimento da História.

As marcas ("X") devem ser bem feitas, em forma legível usando todo o quadrado e sómente dentro do mesmo.

SIM

NÃO

CEF.

PEL.

TRANSV.

Nas casas retangulares, em general, a resposta será dada ao escrever um número. Estes devem estar escrito dentro das casas e em forma legível. Adverte-se que podem confundir-se os números 0 com 6, 1 com 7, 3 com 8, etc., quando escritos de forma displicente. Portanto, um preenchimento inadequado é igual a informação errada.

Deve-se escrever um só dígito por casa:

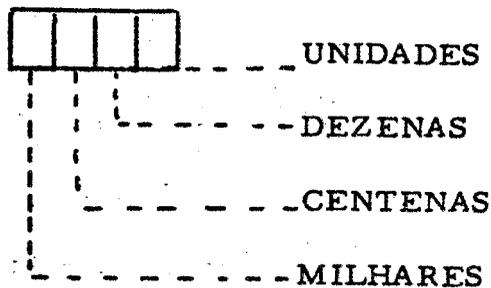
Exemplos:

2	5	0
---	---	---

0	8
---	---

1	3
---	---

Ao anotar números quando existem várias casas juntas, preenche-se seguindo a ordem de unidade. Quer dizer, os números devem ser colocados da direita para a esquerda. As casas não usadas preenchem-se com zeros a esquerda.



EXEMPLOS:

0	5
---	---

0	0	8
---	---	---

Áreas descritivas e de anotações: deve-se ser claro e conciso e não escrever fora dos contornos feitos para tal fim.

— Codificação de "NENHUM" e de "IGNORA-SE"

— NENHUM —

Todos os itens devem ser respondidos, inclusive os que tem resposta "NÃO ou NENHUM". Tal resposta é usualmente zeros em casas retangulares ou marcas nas casas quadradas correspondentes.

A aparente redundância no preenchimento é para fins de assegurar um registro completo e seguro. Omitir a anotação de um dado pode dar lugar a interpretação equívoca.

Por exemplo, para uma nuligesta deve-se preencher com zeros os seguintes itens:

- . antecedentes de aborto
- . antecedentes de partos via vaginal
- . antecedentes de partos por cesárea
- . antecedentes de nascidos mortos
- . antecedentes de vivos

- . antecedentes de mortos depois da 1a. semana

EXCEÇÃO

No caso dos itens IDADE NA ALTA ou TRANSFERIDO, e IDADE AO FALECER preenche-se só o que corresponde. Seguem 2 exemplos:

Para um recém nascido que teve alta aos 3 dias, as casas de Idade na Alta ou transferencia completar tanto os dias quanto as horas, e deixar em branco as casas de Idade ao Falecer, por não corresponder.

IDADE ALTA

0	3
---	---

 dias

0	0
---	---

 horas

IDADE AO FALECER

--	--

 dias

--	--

 horas

Para um Recém Nascido falecido as 4 horas de vida, preencher Idade ao Falecer, em dias e em horas e deixar em branco Idade na Alta ou Transferencia.

IDADE ALTA

		dias			horas
--	--	------	--	--	-------

IDADE AO FALECER

0	0	dias	0	4	horas
---	---	------	---	---	-------

Ambas idades não podem ter dado simultaneamente, seu preenchimento depende da forma da alta do neonato. Caso em que não se conhece a idade na alta, deixar em branco ambos os itens de Idade.

IGNORA -SE

Não existe uma codificação especial para consignar as situações de falta de informação nos itens, salvo a ausência de dados.

Por tanto, nos itens que se deixam de preencher, todas as suas casas interpretam-se como sem dado.

TRATAMENTO DE CASOS PARTICULARES**PARTOS MÚLTIPLOS**

Cada parto registra-se em uma história clínica própria, em forma independente do resultado perinatal (seja feto morto ou vivo). Repetem-se os dados comuns.

ABORTOS

Registram-se todos os dados dos seguintes grupos de variáveis:

- . Dados gerais
- . Antecedentes
- . Gravidez
- . Patologias
- . Parto ou Aborto

Deixando em branco:

- . Apresentação
- . Frequência cardíaca fetal
- . Meconio
- . Episiotomia

Deverá ser registrado o sexo e o peso ao nascer.

Registrar todas as variáveis do Puerpério.

FETO MORTO

Quando no item morte fetal marca-se SIM, dever-se-á: no item Apgar 1° e 5° minuto marcar 0 (zero) em cada casa. Deixar em branco:

- . Alta do Neonato
- . Idade na Alta ou transferência e idade ao falecer
- . Alimentação na alta
- . Patologia neonatal
- . Peso para a idade gestacional
- . Exame físico
- . Exame neurológico

EXPLICAÇÃO DE CADA ITEM

A HCPS está constituída pelas seguintes unidades de módulos:

- 1) Identificação da Gestante, 2) Antecedentes, 3) Gravidez, 4) Parto ou Aborto, 5) Recém Nascido e 6) Puerpério.

O Setor Observações e Resultados de Laboratório está destinado a informação adicional que se queira deixar registrada referente a qualquer unidade ou módulo da HCPS.

O formulário deve ser preenchido somente na certeza de gravidez na primeira consulta.

1) IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

- . Estabelecimento: Anotar no código determinado o estabelecimento correspondente.
- . N° da História Clínica: é o determinado pelo estabelecimento para a gestante.
- . Sobrenome e nome: completo, conforme documento (carteira de identidade, etc.).
- . Rua e Número: domicílio habitual da gestante.
- . Localidade: bairro, vila, distrito, cidades de residência.
- . Idade: da gestante em anos completos. No caso de ser menor de 15 anos ou maior de 40, marcar também a casa inferior amarela.
- . Alfabetização: Se lê e escreve, marcar "SIM"; em caso contrario, marcar "NÃO"
- . Estudos: refere-se aos anos cursados no sistema formal de educação. Marcar a casa correspondente. Anos Aprovados: último ano aprovado no nível que corresponde (ex: a gestante alcançou até o 2° ano do nível secundário, marcar com uma cruz a casa "secundária" e em anos aprovados anotar "2". Em caso de não ter estudos, marcar "nenhum" e anotar em anos aprovados "0".

. Estado civil: Marcar o correspondente. Entende-se por união estável a convivência permanente com um companheiro sem formalização legal.

2) ANTECEDENTES

Consideram-se aqueles diagnosticados por um membro da equipe de saúde.

. Familiares: Parentesco de 1º grau da gestante (pais, irmãos, filhos) e seu cônjuge.

. Pessoais: Referentes à gestante.

. Obstétricos: Preencher as casas correspondentes, interrogando a gestante na sequência indicada. No caso de uma multipara (mais de 3 partos) ou de uma nulípara, marcar também com uma cruz, na casa inferior amarela de "partos"

Algum recém-nascido pesou menos de 2.500 g.: marcar o que corresponda.

Data de terminação da gestação anterior: Anotar mês e ano da finalização em parto ou aborto, da gestação imediatamente anterior a atual.

3) GRAVIDEZ

Refere-se aos dados coletados durante o primeiro controle pré-natal e vai-se completando nos sucessivos.

. Peso anterior: é o peso corporal em kg, dos meses anteriores à gestação atual.

. Estatura em cm: medindo de pé e descalça

. Ultima menstruação: o 1º dia mês e ano de seu começo .

. Dúvidas: refere-se a validade do dado da "Ultima menstruação"

. Data provável do parto: dia, mês e ano. Para seu cálculo aproximado, somar 10 dias ao 1º dia da última menstruação e subtrair

3 meses. Exemplo: Data U.M. 13.10.82 - Data P.P.

23.07.83.

. Vacina antitetânica: mês da gestação em que foi aplicada.

. Internação durante a gestação : em caso positivo, anotar o total de dias que permaneceu internada (não se considera a internação por trabalho de parto).

. Transferência: Em caso positivo, anotar a data e local do mesmo.

. Grupo Sanguíneo e Rh: Anotar o que corresponde (A, B, AB, e O), marcar a casa correspondente de Rh e se existe ou não sensibilização.

. Sorologia para Lues: o dia e o mês da extração de sangue, marcar seu resultado.

Fumo: Se refere a este hábito praticado durante a gestação atual.

Exame clínico normal: marcar a casa que corresponda. Se é anormal anotar em "Observações".

Exame odontológico normal: marcar a casa correspondente. Se é anormal anotar em "Observações"

Consultas: Este quadro consta de 6 colunas, cada uma destinada a uma consulta.

Os dados são:

Data: dia, mês e ano em que se realizou a consulta.

Semanas de amenorréia: Anotar o número de semanas decorridas desde o primeiro dia da última menstruação até a data da consulta atual.

Peso: em centenas de gramas, com a gestante descalça, com roupa íntima leve. Ex: 68,5 kg.

Tensão arterial: a pressão máxima e mínima com a gestante sentada.

Altura uterina: Em centímetros, desde o borde superior da sínfise púbica ao fundo do útero. Usar fita métrica flexível e inelástica.

Frequencia cardíaca fetal: o número de batimentos por minuto entre as contrações.

Apresentação: escrever "cef" (cefálica), "pelv" (pélvica) ou "transv" (transversa). Quando não for possível identificar a apresentação, marcar com um traço.

Patologias durante a gravidez, parto ou puerpério: Marcar as que correspondam. Se marca "outra", anotar em "observações".

4) PARTO OU ABORTO

Módulo destinado a obter a informação necessária para o controle do período de dilatação e os dados do parto e dequitação (desprendimento placentário).

Idade gestacional: o número de semanas completas transcorridas desde o primeiro dia da última menstruação até o ingresso em trabalho de parto. Em caso de ser menor de 37 (pré-termo) ou maior de 42 semanas (pós-termo), marcar na casa amarela inferior.

Tamanho fetal correspondente: determinar se clinicamente (palpação, altura uterina) corresponde com a amenorréia.

Início: Marcar o correspondente (espontâneo ou induzido)

Membranas: Marcar o estado das membranas (Íntegras ou rotas) que corresponda. Em caso de estarem rotas, anotar hora, dia e mes da rotura.

"Cef. ", "Pel. ", "Trans. ": Refere-se a apresentação diagnosticada no momento do início do trabalho de parto. Marcar a casa que corresponda,

Trabalho de parto: Em cada coluna serão anotadas as variáveis registradas. Nem sempre é necessário preencher todos os itens de cada controle.

Hora: Anotar, de 0 a 24, a hora do controle.

Frequencia cardíaca materna: O número de batimentos por minuto, fora da contração.

Tensão arterial: registrar em mm de Hg a máxima e a mínima, fora da contração.

Contração: Frequencia: número em 10 minutos. Duração em segundos, desde o começo do endurecimento até o seu relaxamento (por palpação)

Altura: Anotar a altura da apresentação em relação aos planos da pelvis (planos de Hodge, por exemplo).

Variedade de posição: Anotar só a referência materna: EP (esquerda-posterior), E. T. (esquerda transversa); E. A. (esquerda anterior); D. P. (direita posterior); D. T. (direita transversa); D. A. (direita anterior) O. P. (occipito publica); O. S. (occipito sacra).

Frequencia cardíaca fetal: Entre contrações (basal), durante e depois delas, para verificar a existência ou não de quedas durante o período de relaxamento. Ex: 160/II (160 corresponde a F. C. F. basal e o II corresponde a Dip II ou desacelerações tardias).

Dilatação cervical do orifício interno do colo: Anotar em cm a dilatação do orifício externo do colo. Meconio: Se está presente, anotar um "M" no triangulo amarelo correspondente. Se não há meconio, não anotar nada.

Término: marcar a casa que corresponda. Hora, dia, mês, ano, refere-se a data do nascimento.

Nível de atenção: refere-se ao local onde ocorreu o nascimento. Nível assistencial primário (1º), secundário (2º), terceário (3º), domicílio, outro. Em caso de marcar "outro", anotar em "observações".

Episiotomia: Lacerações ou rotura do perineo, vulva e/ou vagina. Dequitação espontanea. Placenta completa; marcar a casa que corresponda.

Morte fetal marcar com uma cruz a casa que corresponda. No caso de marcar "SIM", fazê-lo na casa que indique o momento em que ocorreu a morte (gravidez, parto, ignora-se o momento).

Atendimento parto/neonato: Marcar o que corresponda.

5. RECEM NASCIDO

Sexo: Marcar o que corresponda.

Vivo: marcar o que corresponda. Nascimento vivo, qualquer sinal de vida logo da separação completa da mãe.

Apgar: Valor no 1° e 5° minuto. No caso de ser 6 ou menos no 1° minuto marcar também a casa inferior amarela.

Peso ao nascer: da criança nua, em gramas. Se é menor de 2500 gr, marcar inclusive na casa inferior amarela, de alarme.

Idade gestacional por exame físico: a idade gestacional em semanas completas, estimada através do exame do recém nascido. Se a idade gestacional é menor de 37 semanas, marcar também a casa da direita.

Peso/Idade gestacional: marcar a casa que corresponda usando uma curva padrão de peso segundo idades gestacional.

Exame físico / Exame neurológico: marcar o que corresponda.

Patologias: marcar a (s) que corresponda (m). Se é "outra" anotar em "observação".

Alta do neonato: marcar o que corresponda de acordo ao estado da alta.

Idade na alta ou transferência/Idade ao falecer: anotar os dias e horas de vida do neonato, no momento da alta, transferência ou falecimento.

Diagnósticos: Anotar o (s) diagnóstico (s) que tenha (m) sido realizado (s) durante a internação do neonato.

Alimentação na alta: assinalar a que corresponda.

6. PUERPERIO

Este módulo conta com 3 colunas: cada uma delas destina -se a um controle puerperal.

- * Horas ou dias pós-parto ou pós-aborto: refere-se as las. horas ou dias transcorridos desde o parto ou aborto até a data do controle.
 - * Temperatura: anotar a temperatura corporal usando uma casa decimal (Ex: 36, 4° C). Se é retal, anotar "R", se é bucal anotar "B" e se é axilar "A".
 - * Pulso: sua frequência em batimentos por minuto.
 - * Tensão arterial: max/min mm Hg - Ex: 110/70.
 - * Retração Uterina: Anotar, se existe ou não boa retração e involução do útero. Segundo normas locais, anota-se em cm ou dedos, a altura do fundo uterino com relação ao púbis.
 - * Características dos loquios: Anotar segundo normas locais.
- Alta da mãe: marcar a casa correspondente de acordo com seu caso.
- Em caso de falecimento assinalar o momento (gravidez, parto ou puerpério).
- Orientação para contracepção: marcar o que corresponda. Em caso positivo, marcar o método escolhido.

INSTRUÇÃO PARA A CODIFICAÇÃO E TRANSCRIÇÃO

DOS DADOS PARA COMPUTAÇÃO

A segunda folha da HCPS é a VIA CODIFICADA PARA PROCESSAMENTO.

Por pressão, os dados anotados na primeira folha ficam registrados na segunda folha. Portanto, a tarefa de copiar fica abolida, o que reduz custos e tempo e por sua vez evita erros.

Para a transcrição dos dados da HCPS para o computador sómente se utlliza a segunda folha, a qual deve ser separada da primeira assim que seja feito o CONTROLE BÁSICO DA INFORMAÇÃO. Este consiste em comprovar que a segunda folha esteja marcada completamente e que as marcas e números estejam legíveis e anotados segundo a "Instrução para o preenchimento". Em caso negativo, deve-se corrigir para que se possa ler de forma correta.

Deve - se compreender que o processamento dos dados começa a partir da segunda folha, por tanto, seu conteúdo é fundamental.

Por ser a HCPS de papel carbonado não se deve escrever outras histórias ou qualquer papel sobre a mesma, para que não decalque na segunda folha.

Apenas alguns itens requerem uma operação manual de revisão ou codificação. A REVISÃO consiste na correção de uma posição, isto deve ser feito de forma legível, não fazer rabiscos nem razuras. Se for necessário mudar um valor, usar caneta hidrográfica ("DRY PEN"), por exemplo, de côr vermelha.

A CODIFICAÇÃO consiste em determinar um código e anotá-lo em função dos números e marcas contidos na folha.

ITENS QUE REQUEREM CODIFICAÇÃO OU REVISÃO

Posições 3 a 9 - Revisão

Se o número da História aparece registrado a esquerda, com casas em branco a direita, está incorreto.

Deve-se levar o número para a direita e preencher com zeros a esquerda.

Se o número da História aparece registrado a direita e com casas em branco a esquerda, deve-se preenche-las com zeros a esquerda.

Se o número da História aparece registrado a direita e com casas em branco a esquerda, deve-se preenchê-las com zeros.

- Posição 16/17 - Revisão
- Posição 18/19 - Revisão
- Posição 20/21 - Revisão
- Posição 22 - Revisão
- Posição 23 - Revisão
- Posição 24 - Revisão
- Posição 25 - Revisão

Verificar que as casas estejam com dado. Usar a via original para completar com zeros se for necessário.

Posições 42/43 - Codificação

Se as posições 42/43 estiverem em branco e, em cima e à esquerda no quadrado haja uma cruz, deve-se colocar ze ros.

Se as posições 42/43 estiverem em branco e, em cima e à esquerda no quadrado não haja uma cruz, deixa-se em branco.

Se houver valor anotado nas posições 42/43 dei xa-se como está.

Exemplos: X

<input checked="" type="checkbox"/> (42) 	anotar zeros	(42) <input type="checkbox"/> 	fica como está
(42) X 	fica como está	(42) 	fica como está

Posições 48 a 51; 52 a 55 e 56 - Codificação

Nas casas numeradas de 1 a 6 e anotadas com uma flecha, devem estar anotadas datas. Pode não haver nenhuma data, pode haver uma data, duas, até seis datas.

Em posições 48/51 deve-se copiar o dia e mês da última data que aparece. Se não há nenhuma, deixar em branco. Se há uma só, anotá-lo (vem a coincidir com a preenchida em posições 48/51).

Em posição 56 anotar a quantidade de datas existentes. Se não há nenhuma, preenche-la com zero.

Posições 81 a 86. Codificação.

Se o quadrado localizado à esquerda e acima da posição 81 está marcado com uma cruz, anotam-se 4 (quatro) zeros nas posições 81 a 86, ignorando o que esteja codificado nessas posições.

Posição 102. Revisão; Posição 103 - Revisão

Se na casa está inscrito "10" passar para 9.

Posição 121 - Revisão

Posições 122/123 - Revisão

Posições 124/125 - Revisão

As posições 122/123 correspondem a um par de casas "A" ou "B".

Por sua vez as Posições 124/125 correspondem a um par de casas "A" ou "B". Sempre devem estar preenchidos os 2 pares "A" ou então, os 2 pares de casas "B".

Controlar o preenchimento congruente.

Se está marcado na 121 o código 1, 2 ou 3 devem estar preenchidas as casas marcadas "A" de 122/123 e 124/125.

Se está marcado o código 4 na 121, então devem estar preenchida as casas marcadas "B".

Completar com zeros, se corresponder, ou as duas casas "A" ou as duas marcadas "B".

TRANSCRIÇÃO DE DADOS

Para a transcrição dos dados da folha VIA CODIFICADA PARA PROCESSAMENTO em meio magnético deve-se seguir as seguintes instruções:

Longitude do registro: 128 posições

Caracteres: sã numéricos e em branco.

Indicação de posição para gravar: nº entre parênteses.

Caracteres a gravar:

. em casas retangulares: o nº inscrito

. em casas quadradas: o nº associado à casa marcada.

Nas posições 57 a 76 para as casas em branco gravar zeros e para as marcadas gravar 1 (uns).

Nas posições 110 a 120 para as casas em branco gravar zeros e para as marcadas gravar 1 (uns).

DESENHO DO REGISTRO DE DADOS EM MEIO MAGNÉTICO

Longitude de registro: 128 posições. Um registro por história.

Codificação geral: Campo em branco, sem dado ou não corresponde.

Posições		Quant.	DESCRIÇÃO DO ÍTEM	Requer Revisão ou Codificação
Desde	Até	Pos	Código Descrição do Código	
1	2	2	Código de Estabelecimento	
3	9	7	Nº da História Clínica	
10	11	2	Idade	
12	12	1	Alfabetização	
			1 - Não	
			2 - Sim	
13	13	1	Estudos - Nível	
			1 - Nenhum	
			2 - Primários	
			3 - Secundários	
			4 - Universitários	
14	14	1	Estudos - Anos aprovados (do nível)	
15	15	1	Estado Civil	
			1 - Casada	
			2 - União estável	
			3 - Solteira	
			4 - Outro	
16	17	2	Antec. Abortos	
18	19	2	Antec. Partos via vag.	
20	21	2	Antec. Vivos.	
22	22	1	Antec. Mort. 1 ^a semana	
23	23	1	Antec. Algum R.N. com menos de 2500 g	
			1 - Não	
			2 - Sim	
25	25	1	Antec. Partos por cesárea	
26	26	1	Antec. Nascidos mortos	
27	30	4	Mês e ano terminação da gravidez anterior.	
31	32	2	Peso habitual	Revisão
33	34	2	Estatutura acima de 1 metro	
35	38	4	Dia e Mês da última menstruação.	
			1 - Não	
			2 - Sim	

Posições		Quant. Pos	DESCRIÇÃO DO ITEM		Requerer Revisão e Codificação
Desde	Até		Código	Descrição do Código	
40	40	1		Vacina antitetânica 1a. dose - Mês gravidez	
41	41	1		Vacina antitetânica 2a. dose ou reforço - Mes Grav.	
42	43	2		Dias de internação durante a Gestaçã	
44	44	1		Transferência 1 - Sim 2 - Não	
45	45	1		Rh e sensibilização 1 - Positivo 2 - Negativo e sem diagnóstico de sensibilização 3 - Negativo e não sensibi <u>l</u> izada 4 - Negativo e sensibili <u>l</u> izada.	Revisão
46	46	1		Sorologia Luética 1 - Negativa 2 - Positiva	
47	47	1		Fuma 1 - Não 2 - Sim	
48	51	4		Dia e mês da 1a. consulta pré-natal	Codificação
52	55	4		Dia e mês última consulta pré-natal	Codificação
56	56	1		Quantidade de consultas pré-natais	Codificação
57	57	1		Gravidez múltipla	
58	58	1		Hipertensão prévia	
59	59	1		Pré - eclampsia	
60	60	1		Eclampsia	
61	61	1		Cardiopatia	

Posições		Quant.	DESCRIÇÃO DO ITEM	Requer Revi-
Desde	Até	Pos.	Código Descrição do Código	são e Codificação
62	62	1	Diabetes	
63	63	1	Infecção urinária	
64	64	1	Outras infecções	
65	65	1	Parasitoses	
66	66	1	Ameaça de Parto Prematu <u>ro</u>	
67	67	1	Desproporção céfalo-pélvi <u>ca</u>	
68	68	1	Hemorragia 1º trimestre	
69	69	1	Hemorragia 2º trimestre	
70	70	1	Hemorragia 3º trimestre	
71	71	1	Anemia crônica	
72	72	1	Rotura prematura membranas	
73	73	1	Infecção puerperal	
74	74	1	Hemorragia puerperal	
75	75	1	Outra	
76	76	1	Nenhuma Patol. da grav. ou puerp.	
77	78	2	Idade gestacional no Parto, em semanas	
79	79	1	Tamanho fetal correspondente à idade gest. 1 - Não 2 - Sim	
80	80	1	Início do parto 1 - Espontâneo 2 - Induzido	
81	86	6	Dia, hora e mês da rotura de membr. no parto	
87	87	1	Apresentação 1 - Cefálica 2 - Pélvica 3 - Transversa	

Posições		Quant.	DESCRIÇÃO DO ITEM		Requer Revisão
Desde	Até	Pos.	Código	Descrição do Código	e Codificação
88	88	1		Terminação do parto	
89	96	8		Hora, dia, mês e ano do parto/aborto	
97	97	1		Lugar do parto	
				1 - Nível Primário	
				2 - Nível Secundário	
				3 - Nível Terceário	
				4 - Domicílio	
				5 - Outro	
98	98	1		Atendimento ao parto	
				1 - médico	
				2 - enfermeira ou parteira	
				3 - auxiliar	
				4 - empírica	
				5 - outro	
99	99	1		Atendimento ao neonato	
				1 - médico	
				2 - enfermeira ou parteira	
				3 - auxiliar	
				4 - empírica	
				5 - outro	
100	100	1		Morte fetal	
				1 - Não	
				2 - Sim, na gravidez	
				3 - Sim, no parto	
				4 - Sim, ignora o momento	
101	101	1		Sexo do RN	
				1 - Feminino	
				2 - Masculino	
102	102	1		Apgar 1º min (0-9)	Revisão
103	103	1		Apgar 5º min (0-9)	Revisão
104	106	3		Peso ao nascer em gr.	
107	108	2		Idade gestacional p/ ex. físico	

Posições		Quant. Pos.	DESCRIÇÃO DO ITEM		Requer Revisão e Codificação
Desde	Até		Código	Descrição do Código	
109	109	1	Exame físico		
			1 - Normal		
			2 - Anormal		
110	110	1	Membr. Hialina		
111	111	1	Síndrome Aspirativo		
112	112	1	Outros S.D.R.		
113	113	1	Apneias		
114	114	1	Hemorragia		
115	115	1	Hiperbilirrubinemia		
116	116	1	Infecção		
117	117	1	Neurológica		
118	118	1	Anomalia congenita		
119	119	1	Outras patolog. neonat.		
120	120	1	Nenhuma patol. neonat.		
121	121	1	Alta do neonato		Revisão
			1 - Normal		
			2 - Com patologia		
			3 - Transferido		
			4 - Falecido		
122	123	2	Dias de vida na alta		Revisão
124	125	2	Fração em hs. de vida do egresso ou alta		Revisão
126	126	1	Alimentação na alta		
			1 - Só peito		
			2 - Peito + artif.		
			3 - Só artificial		
127	127	1	Alta da mãe		
			1 - Normal		
			2 - Com patologia		
			3 - Transferencia		
			4 - Falecida durante gravidez		
			5 - Falecida durante parto		
			6 - Falecida durante puerpério		

Posições		Quant.	DESCRIÇÃO DO ÍTEM	Requer Revisão
Desde	Até	Pos.	Código Descrição do Código	e Codificação
88	88	1	Terminação do parto	
89	96	8	Hora, dia, mês e ano do parto/aborto	
97	97	1	Lugar do parto	
			1 - Nível Primário	
			2 - Nível Secundário	
			3 - Nível Terceário	
			4 - Domicílio	
			5 - Outro	
98	98	1	Atendimento ao parto	
			1 - médico	
			2 - enfermeira ou parteira	
			3 - auxiliar	
			4 - empírica	
			5 - outro	
99	99	1	Atendimento ao neonato	
			1 - médico	
			2 - enfermeira ou parteira	
			3 - auxiliar	
			4 - empírica	
			5 - outro	
100	100	1	Morte fetal	
			1 - Não	
			2 - Sim, na gravidez	
			3 - Sim, no parto	
			4 - Sim, ignora o momento	
101	101	1	Sexo do RN	
			1 - Feminino	
			2 - Masculino	
102	102	1	Apgar 1º min (0-9)	Revisão
103	103	1	Apgar 5º min (0-9)	Revisão
104	106	3	Peso ao nascer em gr.	
107	108	2	Idade gestacional p/ ex. físico	

Posições		Quant.	DESCRIÇÃO DO ITEM	Requer Revisão
Desde	Até	Pos.	Código Descrição do Código	e Codificação
109	109	1	Exame físico	
			1 - Normal	
			2 - Anormal	
110	110	1	Membr. Hialina	
111	111	1	Síndrome Aspirativo	
112	112	1	Outros S.D.R.	
113	113	1	Apneias	
114	114	1	Hemorragia	
115	115	1	Hiperbilirrubinemia	
116	116	1	Infecção	
117	117	1	Neurológica	
118	118	1	Anomalia congenita	
119	119	1	Outras patolog. neonat.	
120	120	1	Nenhuma patol. neonat.	
121	121	1	Alta do neonato	Revisão
			1 - Normal	
			2 - Com patologia	
			3 - Transferido	
			4 - Falecido	
122	123	2	Dias de vida na alta	Revisão
124	125	2	Fração em hs. de vida do egresso ou alta	Revisão
126	126	1	Alimentação na alta	
			1 - Só peito	
			2 - Peito + artif.	
			3 - Só artificial	
127	127	1	Alta da mãe	
			1 - Normal	
			2 - Com patologia	
			3 - Transferencia	
			4 - Falecida durante gravidez	
			5 - Falecida durante parto	
			6 - Falecida durante puerpério	

GUIA PARA O TREINAMENTO NO PREENCHIMENTO DA HISTÓRIA
CLÍNICA PERINATAL SIMPLIFICADA

Normas Gerais de Trabalho Grupal

O grupo escolherá um coordenador que deverá ordenar a discussão fazendo com que todos os integrantes participem da mesma.

Escolherá também um relator, que será encarregado de apresentar na reunião plenária as conclusões a que o grupo chegou, sobre:

- . as vantagens do modelo apresentado
- . as eventuais dificuldades do preenchimento da HCPS e a relação das possíveis soluções.

Solicita-se ao grupo que entre os critérios de avaliações deve levar em consideração:

- a) Tempo para o preenchimento da HCPS
 - b) Interpretação dos itens
 - c) Factibilidade de preenchimento de todos os i tens.
 - d) Confiabilidade dos dados registrados
 - e) Flexibilidade da HCPS frente a circunstancias' não determinadas no registro
 - f) Consistencia da informação
 - g) Utilidade da HCPS como instrumento para a educação do médico.
 - h) Avaliação da instrução para preenchimento
 - i) Vantagem sobre os modelos pre-existentes
- O grupo irá desenvolvendo estas conclusões no transcurso das atividades 1, 2 e 3.

As dúvidas deverão ser esclarecidas em grupos a valiendo a idoneidade do "Manual de Instrução" para resolvê-las. As dúvidas que não possam ser resolvidas em grupo devem ser levadas ao assessor docente ou serão apresentadas pelo relator do grupo na sessão plenária.

Posições		Quant.	DESCRICÃO DO ITEM	Requer Revisão e Codificação
Desde	Até	Pos.	Código Descrição do Código	
128	128	1	Orientação para contracepção	
			1 - Não	
			2 - Diafragma	
			3 - D.I.U.	
			4 - Oral	
			5 - Ligadura de Trompas	
			6 - Ritmo	
			7 - Outro método	

Atividade 1 - Tempo previsto : 20 min.

O grupo deverá escolher dois de seus membros, um que representará o papel da gestante e o outro do seu médico. O que faça o papel do médico fará as perguntas ao que faça o papel de gestante para ir preenchendo os dados da HCPS no que se refere a: identificação, idade, caracterização sócio-cultural, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, antecedentes obstétricos.

Antes da elaboração das conclusões o grupo deverá consultar a instrução e verificar se preencheram corretamente as casas.

Atividade 2 - Tempo previsto : 30 min

O grupo deverá transcrever na HCPS os dados que aparecem no módulo "Gravidez" da cópia da HCPS anexa, completá-los e verificar si todos estão corretamente registrados, consultando para isto o "Manual de Instrução".

Logo após a elaboração das conclusões o grupo pasará a atividade seguinte.

Atividade 3 - Tempo previsto: 40 min.

O grupo deverá:

a) Anotar na HCPS os dados assinalados em "Controles do Período de Dilatação" da cópia da HCPS anexa, e analisá-los.

b) Ler a "Narração do trabalho de parto, exame neonatal e evolução pós parto" e completar o preenchimento da HCPS com os dados a

Narração do trabalho de parto, exame neonatal e evolução pós parto.

Em 4/6/84 a gestante tem um parto de início e terminação espontânea em posição cefálica, sem episiotomia as 4:40 hs., logo após um período expulsivo de 15 minutos em sala de parto, ocorre a dequitação espontânea. As 5:00 hs do mesmo dia, e o exame da placenta efetuado pelo médico ou parteira que atendeu o parto, foi normal. Não houve lacerações nem roturas vaginal e perineal.

O RN do sexo masculino é recebido pela enfermeira do berçário que avalia a "Escala de Apgar" em 8/9.

O recém nascido pesa 3.200 kg observando-se aos 7 min de vida, um menino rosado, eupneico, com bom tonus muscular, choro vigoroso com características ao exame físico de 38 semanas.

O exame do abdomen e cardiovascular é normal, durante o exame, urina, com jorro miccional normal. Passa-se sonda retal e sai suja de meconio.

O recém nascido é entregue imediatamente a mãe com indicação de amamentá-lo precocemente. Alta 2 dias depois com a mãe, orientando-a para que o matricule num consultório mais próximo a sua residência.

Prévio a alta hospitalar a genitora é orientada sobre os métodos anti-concepcionais. Ela preferiu continuar com anticoncepcional oral.

Atividade 4 - Tempo estimado: 1 hora

Em uma sessão plenária os relatores dos grupos apresentarão suas conclusões, que serão discutidas e analisadas por todos os participantes.

