

SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

Formulário complementar para mulheres em situação de aborto

Instruções de preenchimento e definição de termos

*Fescina RH
Martínez G
De Mucio B
Díaz Rossello JL
Mainero L
Granzotto JA
Serruya S*

Centro Latino-americano de Perinatologia e Saúde da Mulher e Reprodutiva
CLAP/SMR
Saúde da Família e da Comunidade
Organização Panamericana da Saúde / Organização Mundial da Saúde

www.clap.ops-oms.org
postmaster@clap.ops-oms.org



Título traduzido:

Perinatal information system (SIP): perinatal clinical record: supplementary form for women undergoing abortion: directions to filling of questionnaire and definitions of terms

Fescina, RH, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Abreu, M, Camacho V, Schwarcz, R. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS: guía para la práctica básica. Montevideo: CLAP/SMR; 2007. 211 p. (Publicación CLAP/SMR, 1562.03).

/ Registros Médicos / Assistência Perinatal / Cuidado Pré-Natal / Aborto / Sistemas de Informação

Centro Latinoamericano de Perinatología / Saúde da Mulher e Reprodutiva - CLAP/SMR
Organização Panamericana da Saúde / Organização Mundial da Saúde - OPAS/OMS

Caixa de Correio 627, 11000 Montevideu, Uruguai
Telefone: +598 2 487 2929, Fax: +598 2 487 2593
postmaster@clap.ops-oms.org
www.clap.ops-oms.org

SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL
História Clínica Perinatal
Instruções de preenchimento e definição de termos

Publicação Científica CLAP/SMR 1564.03
Maio 2009

ISBN 978-9974-622-35-7
Desenho gráfico: Juan Carlos Iglesias

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas colocaram-nos perante um grande desafio, no que diz respeito ao monitoramento dos indicadores das metas sobre saúde sexual e reprodutiva. Os sistemas de informação devem estar orientados a facilitar a consecução destes compromissos, além de garantir a qualidade das prestações fornecidas. Essa qualidade no atendimento sustenta-se na organização dos serviços em um sistema de informação adequado, que deve contar com uma Histórica Clínica apropriada e um fluxo da informação que garanta àquele que atender o caso, o acesso a todos os dados que se fizerem necessários, em qualquer lugar ou circunstância.

A Histórica Clínica deverá facilitar o atendimento, o monitoramento e a supervisão da observância das normas, fazendo com que o sistema de saúde conte com informação precisa e oportuna para a tomada de decisões.

A riqueza dos dados contidos na Histórica Clínica Perinatal viabilizará a elaboração de um valioso banco de dados com que irá contar a equipe de saúde para conhecer as características da população usuária, avaliar os resultados do atendimento prestado, identificar os problemas prioritários, monitorizarem indicadores chaves e realizar pesquisas operacionais e epidemiológicas.

O Sistema Informático Perinatal (SIP) elaborado pelo CLAP/SMR em 1983, inclui um programa de computação para colher e analisar a informação clínica, que será integrada ao processo de atendimento de saúde nos diferentes níveis de complexidade. O sistema inclui a Histórica Clínica Perinatal (HCP) o partograma, a Caderneta Perinatal (CP) e os programas para microcomputadores.

Os objetivos do SIP são:

- servir de base para planejar o atendimento
- verificar e acompanhar a implantação de práticas baseadas em evidências
- unificar a coleta de dados, adotando normas.
- facilitar a comunicação entre os diferentes níveis
- obter localmente estatísticas confiáveis
- promover a observância das normas
- facilitar a capacitação da equipe de saúde
- registrar dados de interesse legal
- facilitar a auditoria
- caracterizar a população assistida
- avaliar a qualidade do atendimento
- hierarquizar problemas
- realizar pesquisas epidemiológicas operacionais

Neste manual, explicita-se, detalhadamente, a forma de preenchimento, a definição e a interpretação que deve ser dada a cada uma das variáveis apresentadas na Histórica Clínica Perinatal

Í N D I C E

	Pag
Introdução	3
Conteúdo do presente manual	5
Seções da História Clínica Perinatal	11
• IDENTIFICAÇÃO	11
• ANTECEDENTES FAMILIARES, PESSOAIS E OBSTÉTRICOS	14
• GESTAÇÃO ATUAL	18
• ABORTO	31
• ADMISSÃO POR ABORTO	33
• PROCEDÊNCIA	34
• PRÉ-PROCEDIMENTO	35
• TRATAMENTO-PROCEDIMENTO	44
• POST-PROCEDIMENTO	48
• ANTICONCEPÇÃO	51
• ALTA	52
• ANEXO A - Escala visual análoga da dor (EVAD)	54
• ANEXO B - Classificação Internacional de Doenças (CID)	55
Referências bibliográficas.	60

SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL: HISTÓRIA CLÍNICA PERINATAL

Introdução

O Centro Latino-americano de Perinatologia/Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR) são um centro e unidade técnica do Escritório Panamericano da Saúde (OPS), que oferece capacitação técnica para os países da América Latina e do Caribe, na área da saúde sexual e reprodutiva.

Em 1983, o CLAP/SMR publicou o Sistema Informático Perinatal (SIP) e, a partir de então, muitos foram os estabelecimentos de saúde que adotam, tanto na América Latina quanto no Caribe. O SIP está constituído por um grupo de instrumentos, originalmente desenhados para uso nos serviços de obstetrícia e neonatologia de instituições que atendem mulheres e recém-nascidos, sadios ou portadores de complicações menores. Estes instrumentos estão constituídos pela História Clínica Perinatal (HCP), a caderneta perinatal, o programa de coleta e processamento local de dados e o partograma, entre outros.

Recentemente, novos desafios e demandas dos países da região levaram ao desenvolvimento de novos formulários da HCP com os seguintes objetivos:

- Servir de base para o planejamento e atendimento da gestante e de seu filho e facilitar o funcionamento dos serviços perinatais.
- Padronizar e unificar a coleta de dados.
- Facilitar, para a equipe de saúde, a aplicação de normas de atendimento à mulher grávida e ao recém-nascido.
- Disponibilizar elementos indispensáveis para a supervisão e avaliar centros de atendimento, para a mãe e o recém-nascido.
- Ajudar à capacitação da equipe de saúde.
- Conhecer as características da população assistida.
- Constituir um registro de dados perinatais para pesquisa em serviços de saúde.
- Constituir um registro de dados de interesse legal para a mulher grávida, seu filho, a equipe de saúde e a instituição responsável pelo atendimento.

O SIP permite que, na própria maternidade, os dados da HCP possam ser entrados num banco de dados, criado com o programa do SIP, produzindo-se, dessa forma, relatórios locais.

Os bancos de dados de várias maternidades podem ser consolidados e analisados, com uma abordagem local ou regional, para descrever a situação de diversos indicadores, no tempo, por áreas geográficas, redes de serviços ou outras características populacionais específicas. A nível central, a HCP transforma-se em um instrumento útil para o acompanhamento de eventos materno-neonatais e para a avaliação de programas nacionais e regionais.

Desde sua criação, a HCP foi modificada em várias ocasiões. Estas modificações obedecem à necessidade de manter seu conteúdo atualizado com a melhor evidência científica disponível, bem como de incluir as prioridades nacionais e internacionais definidas pelos Ministérios da Saúde da região. Seu formato e desenho, no entanto, sofreram poucas alterações. Os dados clínicos desde a gestação até o puerpério são apresentados numa única página. A maior parte dos dados clínicos é registrada e aqueles dados que necessitam informação mais detalhada, estudo ou acompanhamento (alerta) são apresentados em cor amarela.

Neste documento, o CLAP/SMR apresenta a última versão da HCP desenvolvida como um instrumento que busca atender as atuais prioridades da região. Para facilitar a utilização da HCP, este manual procura orientar os usuários do SIP em relação aos termos, definições e formas de obter dados clínicos válidos.

O formulário complementar para mulheres em situação de aborto é produto da cooperação entre a OPAS / OMS - CLAP / SMR e IPAS. O principal objetivo desta ferramenta é potencializar a redução da morbidade e mortalidade de mulheres por aborto. Oferece também um guia de apoio para a equipe de saúde facilitando o processo de diagnóstico e da atenção de qualidade em situações de aborto nos diferentes períodos, ao mesmo tempo que reúne informações relevantes para a tomada de decisões.

Conteúdo do presente manual

De acordo com o explicitado na seção anterior, a HCP constitui um instrumento elaborado com a finalidade de auxiliar na tomada das decisões relacionadas com o manejo clínico individual da mulher (durante o controle pré-natal, parto e puerpério) e do neonato (desde o nascimento até o momento da alta). Quando o seu conteúdo é registrado numa base de dados consolidada, a HCP passa a ser um instrumento útil para a supervisão de eventos maternos e neonatais.

Em ambos os casos, é essencial que os dados registrados na HCP sejam completos, válidos, confiáveis e padronizados. Para auxiliar os usuários do SIP, o presente manual inclui a seguinte informação:

- Explicação sucinta da definição e conceitos dos termos incluídos na HCP
- Quando for relevante, sugere-se o uso de formas validadas para obtenção do dado (seja por pergunta, observação, ou medição)
- Descrição concisa da justificativa para a inclusão da variável na HCP

Esta informação é apresentada seguindo as seções da HCP. Os termos da HCP serão apresentados tanto na sua denominação completa como na sua versão abreviada ou inicia.

As seções da HCP contam com diferentes formas para coleta de dados	
Em alguns setores há espaços livres que admitem a escrita de letras e números como se vê no exemplo	DOMICILIO <u>Av América 6937</u>
Outros setores são de forma retangular e só admitem números	años en el mayor nivel 6
Finalmente alguns dados serão registrados marcando um círculo	no ☐ si ☒
A forma correta para escrever os números é preencher todas as casas	gestas previas = 3 0 3 Hb = 9,5 0 9 leucocitos = 5000 0 5 0 0 0

As formas corretas de marcar os círculos são as seguintes:	 
Toda outra forma de preenchimento deve ser evitada, por exemplo:	

Nas páginas seguintes apresenta-se a História Clínica Perinatal (regional) anverso e reverso com o formulário complementar para mulheres em situação de aborto.

Esta cor significa ALERTA (não indicando necessariamente risco ou práticas inadequadas)

HCPPOAVP (Regional) 12/08

História Clínica Perinatal Regional (reverso)

CLAP/SMR (OPAS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

LISTA PARA A CODIFICAÇÃO DA HCP

História Clínica Perinatal

Os números à esquerda são para a codificação neste formulário. O código à direita corresponde a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID - 10), OPS/OMS.1993

PATOLOGIAS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO		PATOLOGIAS DO RECÉM NASCIDO	
50 GESTAÇÃO MÚLTIPLA	O30	50 DOENÇA DE MEMBRANA HIALINA	P22.0
51 HIPERTENSÃO PRÉ-EXISTENTE	O10	51 SÍNDROME DE ASPIRAÇÃO	P24
02 Hipertensão secundária pré-existente complicando a GPP	O10.0	52 APNEIAS POR PREMATURIDADE	P28.3-P28.4
52 PRÉ-ECLÂMPSIA	O13, O14	53 OUTRAS SDR	(excluir códigos do CID 10) Q25.0, P29.3, P23, P25, P22, P27
04 Hipertensão materna não especificada	O16	01 Permeabilidade do canal arterial	Q25.0
05 Pré-eclâmpsia leve	O13	02 Persistência da circulação pulmonar fetal	P28.3
06 Pré-eclâmpsia severa e moderada	O14	03 Pneumonia congênita	P23
53 Hipertensão pré-existente com proteinúria	O11	04 Enfisema intersticial e pneumotórax	P25
54 ECLÂMPSIA	O15	05 Taquipneia transitória	P22.1
55 CARDIOPATIA	Z86.7	06 Doença respiratória crônica originada no período perinatal	P27
56 DIABETES	O24	HEMORRÁGIAS (EXCLUINDO INTRACRANIANAS P52)	
57 Diabetes mellitus pré-existente insulino-dependente	O24.0	07 Doença hemorrágica do recém-nascido	P53
58 Diabetes mellitus pré-existente não insulino-dependente	O24.1	55 Hemorragia pulmonar originada no período perinatal	P26
59 Diabetes mellitus que surge da gravidez	O24.4	56 Hemorragia umbilical (exclui as entaltes com hemorragia)	P51
07 Teste de tolerância à glicose anormal	R73.0	HIPERBLIRUBINEMIAS	
60 INFECÇÃO URINÁRIA	O23.0-O23.4	08 Doença hemolítica devida a isoinmunização Rh	P55.0
08 Bacteriúria assintomática da gravidez	R82.7	09 Doença hemolítica devida a isoinmunização ABO	P55.1
61 OUTRAS INFECÇÕES	O98.B50-B54.A60	10 Ictericia neonatal associada ao parto prematuro	P60-P61
62 Infecções do trato genital durante a gravidez	O23.5	59 HEMATOLÓGICAS (EXCLUÍDAS P55.0, P55.1, P59, P52)	
09 Sifilis complicando a GPP	O98.1	11 Policitemia neonatal	P61.1
10 Gonorréia complicando a GPP	O98.2	12 Anemia congênita	P61.3
11 Malária	B59-B54	79 Anemia taliforme	D57.0-D57.2 y D57.8
12 Infecção herpética anogenital (herpes simplex)	A60	13 Demais alterações hematológicas	(resto de P60-P61)
63 Hepatite a vírus	O98.4	INFECÇÕES	
64 TBC complicando a GPP	O98.0	14 Diarréia	G00
80 Rubéola complicando a GPP	B06.0, B06.8 y B08.9	15 Meningites	P38
65 PARASITOSE COMPLICANDO A GPP	O98.8	16 Onfalite	P39.1, A54.3
77 Chagas	O98.6	17 Conjuntivite	P39.4, L00
78 Toxoplasmose	O98.6	18 Septicemia	(resto de P35-P39)
66 RESTRIÇÃO DO CRESCIMENTO FETAL	P05	20 Enterocolite necrotizante	P77
67 AMEAÇA DE PARTO PREMATURO	O60	49 Tétano neonatal	A33
68 DESPROPORÇÃO CEFALOPÉLVICA	O64, O65, O69	60 Sifilis congênita	A50
14 Obstrução causada por má posição do feto	O64	61 Doenças virais congêntas	P35
15 Obstrução causada por anomalia pélvica	O65	66 Síndrome de Rubéola Congênita (SRC)	P35.5
16 Desproporção causada pelo feto	O66	69 Citomegalovírus (CMV)	P35.1
69 HEMORRAGIA DO PRIMEIRO TRIMESTRE	O20	70 Toxoplasmose congênita	P31.1
17 Mola hidatiforme	O01	39 HIV positivo	R75
18 Aborto (redondo pontâneo)	O02.1, O03	80 Chagas	B57
19 Gravidez ectópica	O00	19 Outras infecções do período perinatal	(resto de P60-P61)
20 Aborto induzido e terapêutico	O06, O04	NEUROLÓGICAS (EXCLUÍDAS MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS)	
21 Ameaça de aborto	O20.0	33 Hidrocefalia adquirida	G91
70 HEMORRAGIA DO SEGUNDO E TERCEIRO TRIMESTRE		34 Leucomielocalcia periventricular e cerebral	P91.1, P91.2
22 Placenta prévia com hemorragia	O44.1	35 Tocotraumatismo com lesão intracraniana do SNC e do sistema nervoso periférico	P10, P11, P14
23 Descolamento prematuro de placenta	O45	68 Hemorragia intracraniana não traumática	P52
24 Hemorragia anteparto com deficiência de coagulação	O40.0	37 Convulsões	P82
25 Ruptura do útero antes ou depois do parto	O71.0, O71.1	71 Encefalopatia hipóxico-isquêmica	P21
26 Laceração obstétrica do colo do útero	O71.3	38 Outras alterações do estado cerebral	P91
71 ANEMIA	O99.0	METABÓLICAS/NUTRICIONAIS	
27 Anemia por deficiência de ferro	D50	43 Síndrome do "filho de mãe diabética"	P70.0, P70.1
79 Anemia taliforme	D57.0-D57.2 y D57.8	45 Hipoglicemia	P70.3, P70.4, E16.2
72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	O42	46 Outras alterações perinatais do sistema digestivo	P75-P78
28 Infecção do saco amniótico e das membranas	O41.1	66 OUTRAS PATOLOGIAS RN	
73 INFECÇÃO PUERPERAL	O85, O86	40 Retinopatia da prematuridade	H35
29 Sepsis puerperal	O85	41 Hérnia inguinal	K40
30 Infecções mamárias associadas com o parto	O91	65 Síndrome de trauma por frio	P80.0 (exclui hipotermia leve P80.8)
74 HEMORRAGIA POS-PARTO	O72		
31 Retenção placentária	O72.0, O72.2		
32 Útero atônico	O72.1		
33 Laceração do períneo do 1º e 2º grau	O70.0, O70.1		
34 Laceração do períneo do 3º e 4º grau	O70.2, O70.3		
75 OUTRAS PATOLOGIAS MATERIAS	F10-F19		
35 Placenta prévia sem hemorragia	O44.0		
36 Vômitos excessivos	O21		
37 Doença renal sem menção de hipertensão	O26.8, O99.8 (condições ken N00-N39)		
38 Dependência de drogas	O68		
39 Sofrimento fetal	O40		
40 Polihidramnion	O41.0		
41 Oligo-hidramnion (sem menção de ruptura de membranas)	O69		
42 Complicações do cordão umbilical	O74		
43 Complicações da administração de anestésicos ou de outros sedativos, no trabalho de parto e puerpério	O88		
44 Embolia pulmonar obstétrica	O90.0		
45 Ruptura da incisão de cesárea	O90.1		
46 Ruptura da sutura de episiotomia	B20-B24		
47 AIDS	R75		
76 HIV positivo	C53		
48 Neoplasia maligna do colo do útero	C50		
49 Neoplasia maligna da mama			
INDICAÇÃO PRINCIPAL DE PARTO CIRÚRGICO OU INDUÇÃO		MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS	
01 Cesárea prévia	14 Situação transversa	120 Anencefalia	Q00.0
02 Sofrimento fetal agudo	15 Ruptura prematura de membranas	121 Espinha bífida/Meningocele	Q05, Q07.0
03 Desproporção feto-pélvica	16 Suspeita ou certeza de infecção ovular	122 Hidranencefalia	Q04.3
04 Alteração da contratibilidade	17 Placenta prévia	123 Hidrocefalia	Q03
05 Parto prolongado	18 Descolamento de placenta normo-inserida	124 Microcefalia	Q02
06 Falhas da indução	19 Ruptura uterina	125 Holoprosencefalia	Q04.2
07 Desceimento retido da apresentação	20 Pré-eclâmpsia e eclâmpsia	127 Outras malformações congêntas do Sistema Nervoso	Q01, Q06
08 Gestação gemelar	21 Herpes genital	128 Tronco arterial comum	Q02.0
09 Restrição de crescimento uterino	22 Condições do sistema genital	129 Transposição dos grandes vasos	Q20.3
10 Pré-termo	23 Outra doença materna	130 Tetralogia de Fallot	Q21.3
11 Pós-termo	24 Morte fetal	131 Ventrículo único	Q21.4
12 Apresentação podálica	25 Esgotamento materno	132 Ventrículo direito com dupla via de saída	Q20.1
13 Variedades posteriores	26 Outras	133 Canal atrioventricular comum	Q21.2
		134 Atresia da valva pulmonar	Q22.0
		135 Atresia tricúspide	Q22.4
		136 Síndrome do coração esquerdo hipoplásico	Q23.4
		137 Coarctação da aorta	Q25.1
		138 Comunicação venosa pulmonar anormal total	Q25.2
		139 Outras malformações do aparelho circulatório/respiratório	Q24, 28.34
		140 Fenda palatina	Q35
		141 Fístula traqueoesofágica	Q39.1
		142 Atresia do esôfago	Q39.0, Q39.1
		143 Atresia de colon ou do reto	Q42.0, Q42.1, Q42.8, 42.9
		144 Imperfuração anal	Q42.3
		145 Onfalocelo	Q79.2
		146 Gastroscisse	Q79.3
		147 Atresia do duodeno	Q41.0
		148 Atresia do jejuno	Q41.1
		149 Atresia do íleo	Q41.2
		150 Outras malformações congêntas do aparelho digestivo	Q40, 43.45
		151 Malformações congêntas dos órgãos genitais	Q50-56
		152 Agenesia bilateral do rim	Q60.1
		153 Rins policísticos ou displásicos	Q61.1-61.9
		154 Hidronefrose congênita	Q62.0
		155 Extrofia vesical	Q64
		156 Outras malformações congêntas do aparelho urinário	Q63.64
		157 Trissomia 13	Q81.4, Q91.5, Q91.6
		158 Trissomia 18	Q91.0, Q91.1, Q91.2
		159 Síndrome de Down	Q90
		160 Outras anormalias cromossômicas	Q92, 97-99
		126 Fenda labial	Q36
		161 Polidactilia	Q69
		162 Sindactilia	Q70
		163 Osteocondrodisplasia	Q77-78
		164 Pé equinovaro / calcaneovalgo	Q66.8
		165 Hérnia diafragmática congênita	P56, P63.2
		166 Hidropsia fetal	P01.2
		167 Oligo-hidramnion severo	Q68, 74, 75, 79
		168 Outras malformações do sistema osteomuscular	Q68.74, 75, 79
		169 Malformações congêntas do tegumento	Q82.84
MEDICAÇÃO NO PARTO			
01 Lidocaina ou similares	16 Antiprostaglandinas		
02 Aminas simpatomiméticas	17 Antagonistas do cálcio		
03 Inalantes (pentano-fluorano-óx. nitroso)	18 Sulfato de magnésio		
04 Barbitúricos	19 Hidralazina		
05 Bloqueadores musculares	20 Beta bloqueadores		
06 Diazepínido	21 Outros antihipertensivos		
07 Meperidina	22 Sangue e/ou hemoderivados		
08 Antiespasmódicos	23 Heparina		
09 Oclotina	24 Corticóides		
10 Prostaglandinas	25 Cardiotônicos		
11 Betalactâmicos (Penicilinas-cefalosporinas)	26 Diuréticos		
12 Aminoglicosídeos (gentamicina-amicacina)	27 Amniolândia		
13 Citromina	28 Insulina		
14 Metronidazol	29 Difenilhidantoína		
15 Betamiméticos	30 Outra		
		31 Antiretrovirais	
		32 Sulfadoxina-Primetamina	
		33 Cloroquinas	

HCP/OPAS-12/08

Caderneta Perinatal (reverso)

CADERNETA PERINATAL - CLAP/SMR - OPAS/OMS

NOME _____ DATA DE NASCIMENTO _____

ENDEREÇO _____ TEL. _____

CIDADE _____ IDADE (anos) _____

ETNIA: branca ☐ indígena ☐ mulata ☐ negra ☐ outra ☐ ALFA BETA ZADA: nenhuma ☐ sim ☐ anos aprox maior nível ☐ sim ☐ não ☐

INSTRUÇÃO: alfabetizada ☐ prim ☐ secund ☐ univers ☐ anos aprox maior nível ☐ sim ☐ não ☐

ESTADO CIVIL: casado ☐ unido ☐ separado ☐ solteiro ☐ viúvo ☐ outro ☐ Lugar do controle prenatal: ☐ sim ☐ não ☐

Lugar do parto: ☐ casa ☐ hospital ☐ outro ☐

ANTECEDENTES: FAMILIARES: não sim ☐ TBC ☐ diabetes ☐ hipertensão ☐ pré-eclâmpsia ☐ eclâmpsia ☐ outra cond. médica severa ☐ PERSONAIS: não sim ☐ crônica ☐ genitoria ☐ infertilidade ☐ cardiopatia ☐ nefropatia ☐ violência ☐ OBSTÉTRICOS: gest. prévias ☐ abortos ☐ vaginais ☐ nascidos vivos ☐ vivem ☐ FINAL GRAVIDEZ ANTERIOR: dia _____ mês _____ ano _____ inferior a 1 ano ☐ PARTOS: ÚLTIMO PRÉVIO: normal ☐ n/c ☐ <2500g ☐ >4000g ☐ 3 espont. consecutivos ☐ cesáreas ☐ nascidos mortos ☐ GRAVIDEZ PLANEJADA: não ☐ sim ☐ FALHA NA CONTRACEÇÃO: não ☐ sim ☐ depois 1º sem. ☐ não usava ☐ barrreira ☐ DIU ☐ hormonal ☐ natural ☐

GESTACÃO ATUAL: PESO ANTERIOR: _____ Kg ALTURA (cm): _____ DUM: _____ dia _____ mês _____ ano _____

IG CONFIÁVEL por DUM: Eco <20 s. ☐ sim ☐ não ☐ 1º trim ☐ 2º trim ☐ 3º trim ☐

FUM. ATUA: não ☐ sim ☐ FUM. PASS: não ☐ sim ☐ DROGAS: não ☐ sim ☐ ALCOOL: não ☐ sim ☐ VIOLÊNCIA: não ☐ sim ☐ ANTIRRUBELA: não ☐ sim ☐ ANTITETÂNICA: não ☐ sim ☐ EX. NORMAL: não ☐ sim ☐

CERVIX: normal ☐ anormal ☐ não foi ☐ Insp. visual ☐ PAP ☐ COLP. ☐

CHAGAS: não ☐ sim ☐ PALUDISMO/MALÁRIA: não ☐ sim ☐ BACTERIURIAS: não ☐ sim ☐ GLICEMIA DE JEJUM: <20 sem ☐ ≥20 sem ☐ ≥105 mg/dl ☐

TOXOPLASMOSE: não ☐ sim ☐ HIV: <20 sem ☐ ≥20 sem ☐ solic. feito ☐ não ☐ reg. zado ☐

ESTREPTOCOCCO B: não ☐ sim ☐ PREPARAÇÃO PARA O PARTO: não ☐ sim ☐ ORIENTAÇÃO ALEITAMENTO MATERNO: não ☐ sim ☐

SÍFILIS - Diagnóstico e tratamento: <20 sem ☐ ≥20 sem ☐ não ☐ sim ☐

CONSULTAS PRENATAIS: dia _____ mês _____ ano _____ idade gestacional _____ peso _____ P A _____ altura uterina _____ apren. tação _____ BCF (bat/min) _____ movim. fetais _____ protei. húrnia _____ sinais de alarme, exames, tratamentos _____ Início do Profissional _____ próxima consulta _____

PARTO: DATA DE ENTRADA: dia _____ mês _____ ano _____ CONSULTAS PRE-NATAIS: total _____ CADERNETA: não ☐ sim ☐

HOSPITALIZ. na GRAVIDEZ: não ☐ sim ☐ CORTICÓIDES PRENATAL: completo ☐ incompl. ☐ nenhum ☐ INÍCIO: espontâneo ☐ induzido ☐ RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: não ☐ sim ☐ IDADE GEST. no parto: <37 sem. ☐ ≥37 sem. ☐

APRESENTAÇÃO: cefálica ☐ pélvica ☐ transversa ☐ TAMANHO FETAL ADEQUADO: não ☐ sim ☐ ACOMPANHANTE: TDP ☐ P ☐

NASCIMENTO: VIVO ☐ MORTO ☐ MULTIPLO: não ☐ sim ☐ DOENÇAS: hiper. pré existente ☐ hiper. induzida ☐ pré-eclâmpsia ☐ eclâmpsia ☐ cardiopatia ☐ nefropatia ☐ diabetes ☐

TERMINAÇÃO: espont. ☐ fórceps ☐ cesárea ☐ outra ☐ vário ☐ INDICAÇÃO PRINCIPAL DE INDUÇÃO OU PARTO OPERATÓRIO: _____

POSICÃO PARTO: sentada ☐ deitada ☐ de cócoras ☐ EPOSIOTOMIA: não ☐ sim ☐ LACERAÇÃO: não ☐ sim ☐ OCITÓICOS: não ☐ sim ☐ PLACENTA: completa ☐ não ☐ retida ☐ LIGADURA PRECOCE: não ☐ sim ☐

RECÉM NASCIDO: SEXO: f ☐ m ☐ PESO AO NASCER: _____ g ALTURA: _____ cm IDADE GESTACIONAL: _____ dias DUM: _____ ECO: _____

APGAR: 1º: _____ 5º: _____ REANIMAÇÃO: não ☐ sim ☐ MORRE NA SALA DE PARTO: não ☐ sim ☐ ATENDEU médico: não ☐ sim ☐

ENCAMINHADO: não ☐ sim ☐ PUERPERIO: dia _____ hora _____ T°C _____ P A _____ pulso _____ invol. uter. _____ lóquios _____

CONTRAÇÃO: não ☐ sim ☐

ALTA RN: vivo ☐ morto ☐ IDADE: _____ dias completos _____ <1 dia ☐

ALIMENTAÇÃO: aleit. exc. ☐ parcial ☐ artificial ☐ PESO NA ALTA: _____ g

ALTA MATERNA: dia _____ mês _____ ano _____

Nome Recém Nascido _____ Responsável _____

Nome Recém Nascido _____ Responsável _____

Padrões de altura uterina e ganho de peso materno de acordo com a idade gestacional. Ao conhecer a idade gestacional marca-se no gráfico o ponto que corresponde a interseção dos valores obtidos.

[illegible]

Seções da História Clínica Perinatal para Mulheres em Situação de Aborto

Seção: IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPAS/OMS				DATA DE NASCIMENTO		ETNIA		ALFA BETA ZADA		INSTRUÇÃO		ESTADO CIVIL		Lugar do controle prenatal		Lugar do parto		Nº identificação	
NOME <i>Julia Teret</i>				18 03 70		☐ branca ☐ indígena ☐ mulata ☐ negra ☐ outra		☐ branca ☐ indígena ☐ mulata ☐ negra ☐ outra		☒ nenhuma ☐ prim ☐ sec ☐ uni		☐ casado ☒ união estável ☐ solteira ☐ outro							
ENDEREÇO <i>Av. América 6937</i>				IDADE (anos) <i>37</i>															
CIDADE <i>Libertadores</i>				TEL. <i>8613947</i>															

NOME – SOBRENOME

Espaço para colocar o nome e sobrenomes (materno e paterno) da gestante

ENDEREÇO

Refere-se à residência habitual da gestante. Anotar a rua, o número e a localidade (nome da cidade, município, vila, etc.). Se houver dificuldade para identificação do domicílio com esse dados, anotar qualquer outra referência que facilite sua localização. (Ex. Km. 5 da rodovia 3)

TELEFONE (TEL)

Anotar o telefone da residência habitual ou celular. Se não tiver, será registrado um número de telefone alternativo que permita a comunicação do estabelecimento com a família.

DATA DE NASCIMENTO

Registrar dia, mês e ano do nascimento da gestante.

IDADE (anos)

No momento da primeira consulta perguntar:

Quantos anos completos você tem?

Registre a resposta no espaço disponível. Se for menor de 15 anos ou maior de 35, registre também a no espaço amarelo.

ETNIA

Este dado foi incluído na HCP devido a que as populações indígenas e as comunidades afro-descendentes representam mais de 40% da população da região. Este importante grupo da população apresenta em geral, condições desfavoráveis de vida e de acesso aos serviços de saúde e de educação.

Embora exista uma única Raça (humana), sinônimo de espécie humana as populações agrupam-se em etnias. As etnias são constituídas por grupos humanos que compartilham mitos, ancestrais, religião, território, vestimenta, linguagem, memórias de um passado coletivo, que regulam as relações de uma comunidade humana.

Uma das estratégias para melhorar a situação destas populações é evidenciar suas necessidades através da apresentação de indicadores de saúde discriminados por Raça e grupo étnico.

A maior parte dos países já iniciou esforços nesse sentido, ao incorporarem perguntas nos censos nacionais referentes a esse assunto. As formas de se obter esse dado variam de acordo com o país. Todos são auto-referenciais embora em alguns casos se faça referência à cor da pele e em outros se pergunta pelo grupo indígena com o qual a pessoa se identifica. Em todos os casos as opções de resposta incluem os nomes das etnias e raças específicas do país.

A modo de exemplo, a HCP inclui a variável Etnia com 5 opções de resposta: branca, indígena, mulata, negra, outras.

A forma de se obter o dado poderia ser: **Como você se considera?... branca? indígena?, mulata?, negra?, outra?** Marcar a resposta correspondente.

GRAU DE ALFABETIZAÇÃO

Perguntar: **¿Você sabe ler e escrever?**

Anotar a resposta (SIM ou NÃO) segundo corresponder

GRAU DE INSTRUÇÃO

Refere-se a estudos cursados no sistema formal de educação.

Perguntar **¿Qual é o seu grau de instrução? Primário? Médio? Universitário?** Registrar apenas o nível mais alto alcançado.

ANOS NO NÍVEL MAIS ALTO

Perguntar: **¿Qual foi o ano mais alto que você aprovou nesse nível?**

Registrar apenas o ano mais alto que tenha sido aprovado. Por exemplo, se a gestante indica ter completado até o terceiro ano do ensino médio, deve ser marcado Ensino Médio e registrar “3” na espaço correspondente a “anos no nível mais alto”.

ESTADO CIVIL

Registrar o estado civil segundo corresponder: Casada, união estável, solteira, outro.

Deverá ser registrado, ainda se a gestante mora sozinha ou não.

LUGAR DO CONTROLE PRENATAL

Anotar o código atribuído pelas autoridades nacionais de saúde ao lugar onde foi realizado o controle prenatal.

LUGAR DO PARTO/ABORTO

Anotar o código atribuído pelas autoridades de saúde ao estabelecimento em que foi assistido o parto/aborto. Se o controle prenatal e o parto/aborto foram realizados no mesmo estabelecimento o código repete-se em ambas variáveis.

NÚMERO DE IDENTIDADE (Nº Identidade)

Corresponde ao número de identificação da gestante (por exemplo, número da carteira de identidade).

Seção: ANTECEDENTES FAMILIARES, PESSOAIS E OBSTÉTRICOS

ANTECEDENTES	FAMILIARES	PESSOAIS	OBSTÉTRICOS	gest. prévias	abortos	vaginais	nascidos vivos	vivem	FINAL GRAVIDEZ ANTERIOR
	não sim ☐ TBC ☐ ☐ diabetes ☐ ☐ hipertensão ☐ ☐ pre-eclâmpsia ☐ ☐ eclâmpsia ☐ ☐ outra cond. médica séria ☐	não sim ☐ cirurgia genito-urinária ☐ ☐ infertilidade ☐ ☐ cardiopatia ☐ ☐ nefropatia ☐ ☐ violência ☐	☐ PARTOS: ÚLTIMO PRÉVIO nic ☐ <2500g ☐ normal ☐ ≥4000g ☐ ☐ Antecedente genitais ☐	☐ 01 ☐ 00	☐ 01 ☐ 00	☐ 01 ☐ 00	☐ 01 ☐ 00	☐ 01 ☐ 00	☐ 01 ☐ 00

Esses dados são obtidos no momento da primeira consulta prenatal. Se a mulher for hospitalizada (por aborto ou doença) em um estabelecimento diferente ao lugar onde foi realizado o controle prenatal os dados desta seção poderão ser obtidos a partir da CADERNETA PERINATAL ou através de interrogatório direto no momento do ingresso.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Referem-se aos antecedentes do casal pais ou irmãos.

Perguntar: *¿Na sua família alguém teve... (mencionar cada uma das patologias da HCP)?* Se a resposta for afirmativa perguntar *¿Quem?*

ANTECEDENTES PESSOAIS

Referem-se aos antecedentes próprios da gestante. Note que a lista inclui as patologias mencionadas nos antecedentes familiares mais outros 5 antecedentes (cirurgia geniturinária, infertilidade, cardiopatia, nefropatia e violência).

O termo cirurgia genito-urinaria não inclui as cesáreas.

Quanto ao tema violência, recomenda-se indagar simultaneamente tanto o antecedente como a presença ou não de violência na gravidez atual (ver Seção Gravidez atual).

Marcar o círculo “SIM” ou “NÃO” segundo corresponder.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

GESTAS PREVIAS

Refere-se ao número de gestações prévias sem incluir a gravidez atual. Colocar 00 se for à primeira gravidez.

PARTOS

VAGINAIS - CESÁREAS

Refere-se ao número de partos.

Se corresponder será anotado o número de partos perguntando a respeito deles: *Quantos foram partos vaginais e quantos foram cesáreas?*

Além disso, será indagado o peso do recém-nascido na última gravidez. Marcar se pesou menos de 2500g ou foi maior ou igual a 4000g, se foi adequado ou não corresponder (n/c) se não houve nascimentos prévios. Finalmente, em relação às gestações prévias, registrar se houve antecedente gemelares (SIM/NÃO), segundo corresponder.

ABORTOS

Define-se como aborto a expulsão de produto morto antes das 22 semanas do produto da gestação ou com um peso menor a 500 gramas. Serão registrados da mesma maneira os abortos espontâneos ou induzidos.

Em relação ao número de abortos, se a mulher relata ter tido 3 abortos espontâneos consecutivos, deve-se marcar o espaço amarelo correspondente.

NASCIDOS VIVOS

Segundo o CID10 um recém-nascido será classificado como vivo se for evidenciado qualquer sinal de vida após a expulsão ou a extração completa do corpo de sua mãe independentemente da duração da gravidez. Serão considerados sinais de vida se o recém-nascido respira, o seu coração bate, seu cordão pulsa ou apresenta movimentos apreciáveis dos músculos voluntários.

A classificação de um nascimento como vivo é feita independentemente de ter sido cortado ou não o cordão umbilical ou que a placenta permaneça unida ou não.

GRAVIDEZ ECTÓPICA (gravidez ectópica)

Deve ser anotado o número correspondente ao total de gestações ectópicas ocorridas.

NASCIDOS MORTOS

Segundo o CID 10 um recém-nascido será classificado como morto se não forem evidenciados sinais de vida após a expulsão ou a extração completa do corpo de sua mãe, independentemente da duração da gravidez.

VIVOS

Refere-se ao número de filhos que estão vivos no momento da consulta.

MORTOS NA PRIMEIRA SEMANA

Refere-se aos recém-nascidos que nasceram vivos mas que morreram dentro do período compreendido entre o nascimento até o sétimo dia (6 dias, 23 horas, 59 minutos), o fato será registrado na espaço correspondente.

MORTOS APÓS A PRIMEIRA SEMANA

Refere-se aos recém-nascidos que nasceram vivos mas que morreram após a primeira semana de vida (7 dias ou mais). Não há limite superior e teoricamente inclui os óbitos ocorridos até o mesmo dia da consulta o que será registrado no espaço correspondente

FINAL DA GRAVIDEZ ANTERIOR

Anotar dia mês e ano do término da gravidez imediatamente anterior à atual, independente de ter sido parto ou aborto.

Deixar em branco caso se trate de uma primigesta. Marcar o círculo amarelo se o intervalo intergravídico for inferior a um ano.

Marcar o círculo amarelo nos seguintes casos:

- Intervalo entre parto prévio e gestação atual inferior a 1 ano;
- Intervalo entre aborto prévio e gestação atual inferior a 1 ano.

O intervalo intergenésico é um tema que vem gerando discussão e sobre o qual têm surgido novas controvérsias (Vide Publicação Científica CLAP/SMR Nº. 1562).

GRAVIDEZ PLANEJADA

Refere-se à gravidez desejada e que acontece em um momento esperado nestas indicações sera marcado SIM. Quando uma das duas condições não for observada será marcado NÃO (em amarelo).

Para ajudar a identificar a gravidez não planejada perguntar:

Quando ficou sabendo que estava grávida; você queria estar grávida?, teria preferido esperar mais um tempo? ou não queria ter (mais) filhos?

FALHA DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

Perguntar: *Quando soube que estava grávida, você estava usando algum método para evitar a gravidez?*

As respostas possíveis estão classificadas como:

- (1) Não usava nenhum método (não usava)
- (2) Barreira: preservativo (camisinha) masculino, preservativo (camisinha) feminina, diafragma, capuz cervical.
- (3) Dispositivo Intra-uterino (DIU)
- (4) Hormonal: oral (pílulas), transdêrmico (adesivo, anel vaginal), implante subdérmico ou injetável.
- (5) Contraceptivo de emergência (emergência): Levonorgestrel só ou de estrógenos e progestina combinados.
- (6) Métodos naturais (natural): método do dia fixo, método de amenorréia por aleitamento, abstinência periódica, ritmo, Billings, entre outros.

Seção: GESTAÇÃO ATUAL

GESTAÇÃO ATUAL		da mês ano 27 06 06		IG CONFIÁVEL por DUM Eco <20 s.		1º trim		2º trim		3º trim		RIM AT não sim		RIM PASS não sim		DROGAS não sim		ALCOOL não sim		VIOLÊNCIA não sim		ANTIRUBEOLA prévia não sabe		ANTITETÂNICA vigente não sim		EX. NORMAL não sim	
PESO ANTERIOR	ALTURA (cm)	da mês ano 03 04 07		DUM Eco <20 s.		1º trim		2º trim		3º trim		RIM AT não sim		RIM PASS não sim		DROGAS não sim		ALCOOL não sim		VIOLÊNCIA não sim		ANTIRUBEOLA prévia não sabe		ANTITETÂNICA vigente não sim		EX. NORMAL não sim	
60 kg	165	03 04 07		DUM Eco <20 s.		1º trim		2º trim		3º trim		RIM AT não sim		RIM PASS não sim		DROGAS não sim		ALCOOL não sim		VIOLÊNCIA não sim		ANTIRUBEOLA prévia não sabe		ANTITETÂNICA vigente não sim		EX. NORMAL não sim	
CERVIX	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid
USUD	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid
PAP	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid
COLP	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid
CHAGAS	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid
USUD	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid
PAP	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid
COLP	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid
CHAGAS	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid
USUD	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid
PAP	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid
COLP	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid
CHAGAS	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid	normal	anormal	gravid

Nesta seção serão registrados todos os dados relacionados com a gravidez atual.

PESO ANTERIOR

Refere-se ao peso habitual da mulher antes da gravidez atual.

Perguntar: *Quanto você pesava antes desta gravidez?* Será registrado o peso expresso em quilogramas.

Esse dado é útil para avaliar o estado nutricional da mulher antes da gravidez. A medida mais utilizada é o Índice de Massa Corporal (IMC) que se calcula dividindo o peso em quilogramas (kg) pela altura ao quadrado expressa em metros (m²). Por exemplo, se a gestante pesa 60 kg e tem uma altura de 1.60 m, o cálculo será:

$$60 / 1.602 = 23.44 \text{ Kg/m}^2.$$

ALTURA (cm)

Esse dado tem de ser obtido diretamente no momento da primeira visita de controle. Para tomada da altura pede-se que a gestante fique em pé descalça com os calcanhares juntos com as costas bem esticadas com os ombros para trás, olhando para frente e com as costas em contato com a régua métrica; registrando-se a altura em centímetros.

DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO (DUM)

Esse dado é essencial para estimar a idade gestacional e a data provável de parto. Muitas decisões clínicas estão baseadas na idade gestacional e portanto é de fundamental importância obter um dado confiável.

Perguntar: *Qual foi o primeiro dia de sua última menstruação?* Anotar na HCP o dado fornecido em formato dia-mês-ano

DATA PROVÁVEL DE PARTO (DPP)

Para estimar a DPP recomenda-se utilizar o gestograma desenhado pelo CLAP/SMR. Fazendo coincidir a seta vermelha do gestograma que diz “data de começo da última menstruação” com a data do primeiro dia da menstruação, a DPP ficará indicada pela data calendário que marca o ponto da semana 40 do gestograma. Caso não se disponha de um gestograma, recomenda-se utilizar o cálculo dos 280 dias; partindo da data de começo da última menstruação serão contados 280 dias consecutivos sobre um calendário, o dia 280 coincidirá com a DPP. Existem fórmulas matemáticas que facilitam o cálculo da DPP (Regra de Naegele, Pinard, Wahl, etc.), as quais são descritas em detalhe na publicação científica CLAP/SMR N°. 1562.

Anotar na HCP o dado calculado em formato dia-mês-ano.

No caso de mulheres que são admitidas para receber assistência por um aborto e que não tenham feito controle pré-natal não é necessário incluir la FPP.

CONFIABILIDADE DA IDADE GESTACIONAL

(EG confiável por DUM, Eco < 20s)

Solicita-se aqui ao profissional uma avaliação subjetiva em relação à confiabilidade do cálculo da idade gestacional seja por DUM ou por ECOGRAFIA.

Ecografia: Quando a data da última menstruação não estiver disponível, uma possibilidade é a de estimar a DPP a partir de uma ecografia fetal precoce.

Registrar se a idade gestacional é considerada dado confiável a partir do dado da DUM e/ou a ecografia (SIM/NÃO), segundo corresponder. Caso não seja realizada ecografia, deixar em branco.

FUMANTE ATIVA (Fum At.)

Refere-se a gestante fumante ativa no momento da consulta. A condição de fumante pode mudar ao longo da gravidez. Portanto, sugere-se indagar sobre este dado em cada trimestre e anotar a resposta, segundo corresponder (NÃO/SIM). Em caso de aborto não se perguntará do segundo e terceiro trimestre.

FUMANTE PASSIVA (Fum Pas.)

Refere-se à exposição atual à fumaça do tabaco devido a que outros fumem na sua casa ou em seu local de trabalho e anotar a resposta, segundo corresponder (NÃO/SIM). Em caso de aborto não se perguntará do segundo e terceiro trimestre.

DROGAS.

Referem-se ao uso atual de drogas que causam dependência tais como: maconha, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína, entre outras. Em caso de aborto não se perguntará do segundo e terceiro trimestre.

ÁLCOOL

Refere-se ao consumo atual de qualquer tipo de bebida com álcool em seu conteúdo por exemplo: vinho, cerveja, cachaça, uísque, etc. Mencione, sobretudo, aquelas bebidas que forem tradicionais localmente.

Perguntar: *¿Você tomou alguma bebida alcoólica nesta gravidez?*

Anotar na HCP se a mulher consumiu álcool nesta gravidez (NÃO/SIM). Em caso de aborto não se perguntará do segundo e terceiro trimestre.

O consumo de álcool pode mudar no decorrer da gravidez portanto a HCP sugere indagar a esse respeito ao menos uma vez em cada trimestre, perguntando: *¿Desde sua última visita, você tem consumido alguma bebida alcoólica?*

VIOLÊNCIA

Este termo envolve a violência física, mental, psicológica e sexual que ocorre durante a atual gestação. O agressor pode ser o parceiro atual, parceiros prévios, pais, ou outras pessoas.

A obtenção desta informação pode revelar-se difícil não existindo ainda uma forma padrão de perguntar com relação a esse assunto. Recomenda-se rever as normas de cada país relativas a esta problemática para escolher a forma de perguntar e as intervenções a serem realizadas se um caso for detectado. Se não houver uma forma padrão de interrogar sobre violência emocional, física, sexual e psicológica, recomenda-se usar o seguinte modelo de interrogatório na primeira visita pré-natal:

“Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre sua atual relação conjugal. Sei que algumas destas perguntas são de caráter estritamente pessoal e você pode ter certeza de que suas respostas serão absolutamente confidenciais:

1. No último ano, alguma vez você foi humilhada, proibida de ver amigos, ou de fazer coisas que são de seu interesse?

Se a resposta for positiva, continuar:

(1ª) Desde que você está grávida, alguma vez foi humilhada, impedida de ver amigos, ou de fazer coisas que são de seu interesse?

2. *No último ano, alguém bateu em você ou a agrediu fisicamente?
Se a resposta for positiva, continuar:
(2ª) Desde que você está grávida, alguém bateu em você ou a agrediu fisicamente?*
3. *No último ano, você tem sido forçada a manter relações sexuais?
Se a resposta for positiva, continuar:
(3ª) Desde que você está grávida, alguém a forçou a manter relações sexuais?*
4. *Nesse último ano, alguma vez sentiu preocupação pela segurança dos seus filhos?
Se a resposta for positiva, continuar:
(4ª) Desde que você está grávida, alguma vez sentiu preocupação pela segurança dos seus filhos?*
5. *Nesse último ano, você sentiu medo do seu parceiro ou de alguma outra pessoa?
Se a resposta for positiva, continuar:
(5ª) Desde que você está grávida, você sentiu medo do seu parceiro ou de alguma outra pessoa?"*

Em visitas posteriores não é necessário indagar pelo que aconteceu no último ano e deve substituir-se a frase inicial *"Desde que você está grávida...."* pela frase *"Desde sua última visita...."*

Uma resposta positiva a qualquer uma das perguntas que indagam sobre violência no último ano deve ser registrada na seção Antecedentes Pessoais. Se houver resposta afirmativa às perguntas relacionadas com a gravidez atual, marcar "SIM" no espaço correspondente.

ANTIRUBEOLA

A eliminação da Rubéola e a Síndrome de Rubéola Congênita (SRC) é um dos desafios pendentes na região das Américas. Uma forma de contribuir com esse esforço nacional e regional é indagando de forma rotineira, sobre o estado de vacinação anti-rubéola durante o controle pré-natal, sem esquecer as mulheres que estão sendo atendidas por aborto.

Perguntar: *¿Alguma vez foi vacinada contra a rubéola?* Se a resposta for afirmativa, indagar *¿Quando?* Marcar o espaço "prévia" se foi vacinada em qualquer momento antes da gravidez atual. Marcar o círculo "gravidez" se a vacina foi, inadvertidamente, colocada durante a gestação atual; "não sabe" quando não lembra se foi vacinada; "NÃO" se nunca foi imunizada.

Se a mulher nunca foi vacinada, a imunização deve adiar-se até o puerpério imediato (antes da alta) ou no pós aborto imediato. Recomenda-se averiguar sobre o esquema de vacinação em cada país e as datas de execução das campanhas de vacinação maciça.

ANTITETÂNICA

A eliminação do tétano neonatal é outro dos desafios desta região. Uma das estratégias chaves para atingir essa meta é vacinando todas as mulheres em idade reprodutiva. Com vistas a identificar àquelas mulheres que requerem imunização antitetânica, a HCP lembra ao profissional indagar sobre o estado de vacinação no momento da primeira visita de controle pré-natal.

É importante solicitar às gestantes a carteirinha de vacinação, a caderneta perinatal da gravidez anterior ou algum outro registro ou documento onde se possa conferir o número e o intervalo entre as doses.

Se a mulher apresentar documentação, revisar o número e intervalo entre as doses bem como o tempo transcorrido desde a última vacinação e decidir se ela deve receber uma dose adicional.

As mulheres que não possuem registro de ter recebido imunização contra o tétano devem ser vacinadas com uma primeira dose na primeira consulta pré-natal. O intervalo entre a primeira e a segunda dose deve ser sempre maior que quatro semanas ou, no mínimo, 3 semanas antes da data provável de parto. A administração das doses seguintes deve obedecer à indicação da norma nacional.

Preguntar: *¿Já foi vacinada contra o Tétano?* Se a resposta for afirmativa, solicitar documentação e revisar o número e intervalo entre doses. Caso contrário, indicar uma dose na atual consulta.

Registrar Vigente=SIM nos seguintes casos:

- Recebeu duas doses e a gravidez atual está dentro dos 3 anos de proteção.
- Recebeu três doses e a gravidez atual está dentro dos 5 anos de proteção.
- Recebeu 5 doses.

Registrar Vigente=NÃO nos seguintes casos

- Nenhuma dose recebida. Ação: Colocar duas doses durante a gravidez atual. Primeira dose na primeira consulta pré-natal e a segunda ao antes de transcorridas 4 semanas após a administração da primeira dose, ou pelo menos, 3 semanas antes da data de parto.

- Informação pouco confiável em relação ao número e datas de administração de doses prévias. Ação: Colocar duas doses durante a gravidez atual.
- Recebeu duas doses e a gravidez atual inicia-se após os 3 anos de proteção. Ação: colocar apenas uma dose (a terceira).
- Recebeu três doses e a gravidez atual inicia-se após os 5 anos de proteção. Ação: Colocar apenas uma dose (a quarta).

Vacinar uma mulher que não está protegido com toxóide tetânico, além de protegê-la é uma medida preventiva pré concepcional para uma futura gravidez.

EXAME ODONTOLOGICO E DE MAMAS (EX. NORMAL)

Para muitas mulheres, o controle pré-natal marca o primeiro contato com os serviços de saúde e, portanto, oferece a oportunidade de avaliar o estado de saúde em geral. Por esta razão, a HCP inclui variáveis tais como o exame odontológico e de mamas que reforçam este conceito.

Mesmo para mulheres que consultem para receber assistência por um aborto, estes exames devem ser incluídos para possibilitar atenção integral à mulher sempre que esta tiver um contato com a equipe de saúde.

Exame Odontológico (Odont.)

O exame odontológico adquiriu importância pela possível associação entre doença periodontal com parto prematuro, baixo peso ao nascer, pré- eclâmpsia, morte fetal e a transmissão do *streptococo mutans* de mãe para filho e seu efeito na incidência de cáries dentárias em crianças pequenas.

A doença periodontal inclui diagnósticos como gengivites (inflamação dos tecidos brandos ao redor do dente) e periodontite (destruição das estruturas de suporte do dente – osso, fibras de sustentação, cimento, etc.).

Examinar a cavidade oral e registrar a presença de cáries ou alterações nos tecidos moles ao redor dos dentes. Marcar segundo corresponder. Se o exame for anormal, encaminhar ao odontólogo.

Exame de Mamas

O exame das mamas é sugerido em muitos países como parte do exame de toda gestante. Com este exame, busca-se identificar problemas que possam afetar, a posteriori, a alimentação com leite materno (como mamilos invertidos ou planos e eventuais patologias tumorales evidentes).

A HCP inclui o dado Exame Normal, marcar 'SIM' quando o exame de mamas for normal, e NÃO em caso contrario.

CERVIX

Recomenda-se a realização do exame vaginal com espécuro como parte da avaliação do controle pré-natal com a finalidade de detectar anormalidades ou infecções cervicais. A seleção do momento mais adequado para a realização desse exame é uma decisão que cabe ao profissional, levando em consideração a situação individual de cada mulher.

INSPEÇÃO VISUAL (Insp. visual)

Se uma anormalidade cervical for observada durante o exame com espécuro, será registrado anormal em inspeção visual, se o aspecto do colo uterino aparecer normal, será registrado “normal” e caso não tenha sido realizado o exame, será registrado: “não foi feito”.

PAPANICOLAOU (PAP)

Se for encontrada alguma anormalidade cervical ou se há dúvida de que a mulher possa regressar após o parto, considerar fazer a coleta para o PAP durante o controle prenatal. A interpretação dos resultados pode ser difícil quando o PAP é realizado durante a gestação. Nas mulheres que estão sendo atendidas no momento do aborto e se nota uma lesão, deverá ser agendada a coleta do exame preventivo e da colposcopia, Registrar o resultado do PAP segundo corresponder: Normal/Anormal e se o PAP não foi realizado, registrar que não foi feito.

COLPOSCOPIA (COLP)

Registrar como ‘Normal’ se a Colposcopia for negativa para lesões malignas ou precursoras de câncer cervical. Caso contrário marcar “Anormal” ou “Não foi feita”, segundo corresponder. Nas mulheres que estão sendo atendidas no momento do aborto e se nota uma lesão, deverá ser agendada a colposcopia.

GRUPO Rh

Anotar no espaço o **grupo sanguíneo (Grupo)** que corresponder (A, B, AB, O). Para “**Rh**” marcar (+) se a mulher for RH positivo e (-) se for RH Negativo. Entende-se que a mulher está **imunizada** quando possui anticorpos anti-D. Se a mulher estiver imunizada, ela terá positivo o teste para anticorpos irregulares também chamado teste de Coombs indireto e nesse caso será marcado “SIM”, em caso contrário será marcado “NÃO”.

ANTI GAMAGLOBULINA D

Esta variável destina-se a informação da aplicação de gamaglobulina anti D durante a gravidez, de acordo com as normas nacionais. Em alguns países da Região é rotina a aplicação de gamaglobulina em todas as gestantes Rh negativo não imunizadas com 28 semanas de gestação. Em outros países apenas se aplica gamaglobulina anti-D para a mulher Rh negativo não imunizada se houver sangramento ou

procedimentos invasivos (amniocentese).

Será marcado como sim se for uma gestação Rh negativo não imunizada que recebeu gamaglobulina anti-D durante a gravidez e se não recebeu se escreverá Não. Se a mulher é Rh positivo ou Rh negativo imunizada se escreverá “não corresponde” n / c.

TOXOPLAMOSE

Se as normas de seu país ou seu serviço incluem a realização desta prova no controle prenatal, registrar o valor da prova (IgG ou IgM) segundo corresponder.

Se a futura mãe não tiver anticorpos contra a Toxoplasmose é aconselhável orientá-la no sentido de diminuir o risco de toxoplasmose congênita; para tanto, vide a Publicação Científica CLAP/SMR 1562. Em caso de aborto, mesmo que o serviço faça a sorologia para toxoplasmose, não deve-se registrar a variável ≥ 20 semanas.

INFECÇÃO POR VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

A Região das Américas encontra-se imersa nas estratégias globais de se alcançar uma geração de crianças livre de HIV e sífilis congênita e de garantir o acesso universal ao tratamento a todas as pessoas que vivem com HIV/AIDS. Ambas as estratégias tentam cumprir em parte os Objetivos e Metas de Desenvolvimento do Milênio e para tanto, é necessário oferecer a triagem para HIV a todas as gestantes e assegurar o tratamento profilático para evitar a transmissão vertical do HIV.

Registrar Teste HIV: Solicitado: SIM ou NÃO, Realizado: SIM ou NÃO, segundo corresponder. No caso da mulher ter realizado os controles pré-natais e sofrer um aborto, deve-se anotar somente se o teste foi solicitado / realizado antes de 20 semanas. Se a mulher foi admitida sem controles anteriores se preencherá a variável HIV no formulário complementar de aborto.

Para manter a confidencialidade de um resultado HIV positivo e evitar o estigmatização dessas mulheres, o CLAP/SMR não apresenta em sua HCP um espaço que diga HIV positivo ou negativo; porém, habilita a que os profissionais que assistem a uma mulher soro positiva tenham a informação necessária para poder oferecer os melhores cuidados a ela, a seu filho e aos membros da equipe de saúde. Portanto, recomenda-se registrar no lugar reservado para códigos de doenças, o código correspondente ao HIV (R75 do CID 10 ou 76 do CLAP/SMR).

PROVA DE HEMOGLOBINA (Hb)

A anemia é um problema de saúde pública pelas conseqüências que acarreta à saúde humana, especialmente na gravidez onde é associada com aumento do risco de mortalidade materna e perinatal (em especial nos casos de anemia severa); prematuridade e baixo peso ao nascer.

Considera-se que uma gestante tem anemia quando o valor de hemoglobina for menor a 11,0 g/dl durante o primeiro ou terceiro trimestre, ou quando o valor da hemoglobina durante o segundo trimestre for menor a 10,5 g/dl. Se a hemoglobina se situar entre 7,0 e 9,0 g/dl considera-se que a anemia é moderada e quando for menor a 7,0 g/dl a anemia é severa.

Recomenda-se na primeira visita realizar a prova de hemoglobina e buscar sinais clínicos de anemia severa (palidez incomum na conjuntiva, palmas, e mucosa oral).

Sugere-se rever as normas do país no tocante ao tratamento da anemia na gestação e por informação mais específica, consultar a Publicação Científica CLAP/ SMR 1562.

A HCP oferece duas instâncias para registrar os resultados da prova de hemoglobina, um na primeira visita prenatal e outra após as 20 semanas. Os valores obtidos serão registrados nos espaços correspondentes e caso os níveis forem inferiores a 11 gramas, marcar o círculo amarelo.

Fe/FOLATOS Indicados

Existe consenso em que os requerimentos de ferro e ácido fólico aumentam durante a gravidez e que é difícil que uma mulher grávida possa satisfazer esta maior demanda apenas com a dieta, exceto naqueles países nos que existem programas específicos de fortificação dos alimentos. As estratégias de prevenção da anemia por deficiência de ferro baseiam-se em:

- Modificar a dieta para aumentar o consumo de ferro e dos facilitadores de sua absorção, e ao mesmo tempo, tentar diminuir o consumo de inibidores.
- Fortificação de alimentos de consumo habitual com ferro.
 - Suplementar com medicação rica em ferro.
 - Tratar aquelas infecções que possam alterar a absorção de ferro e outros nutrientes (por exemplo parasitose).

Os suplementos de ferro foram sugeridos como uma estratégia para melhorar o estado de ferro materno e, dessa forma, melhorar a sobrevivência e saúde da mãe, o tamanho fetal, incluindo o estado de ferro e desenvolvimento da criança durante o período neonatal e pós-neonatal.

Se as normas nacionais não indicarem o contrário, recomenda-se suplementar todas as grávidas com 60 mg de ferro elementar por dia, desde o momento em que há suspeita de gravidez até o período pós-parto. O tempo total de suplemento não deveria ser menor há 6 meses e em lugares donde a prevalência de anemia durante a gestação é maior que 40%, recomenda-se manter a suplementação com ferro até 3 meses após o parto.

Marcar o círculo (NÃO) se não foi indicado suplemento de ferro e marcar o círculo branco (SIM) quando tiver sido indicado.

O déficit de folatos é a segunda causa de anemia nutricional durante a gravidez e também é responsável de defeitos no fechamento do tubo neural (anencefalia, espinha bífida, mielomeningocele e encefalocele), lábio leporino, fenda palatina e outros defeitos.

Para a prevenção da anemia e dos defeitos do tubo neural as mulheres deveriam receber 0,4 mg/dia de ácido fólico desde os três meses antes de engravidar (mínimo 4 semanas antes).

Marcar o círculo (NÃO) se não foi indicado suplemento de ácido fólico e marcar o círculo branco (SIM) quando tiver sido indicado.

SÍFILIS - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Apesar dos avanços na Região, a sífilis congênita continua sendo um problema relevante de saúde pública. A OPAS, a pedido dos Ministros de Saúde dos países membros, implantou “O plano para a eliminação da sífilis congênita nas Américas”, que se complementa com a estratégia denominada “uma geração de crianças livre de HIV e sífilis congênita”.

O diagnóstico e tratamento da sífilis na gravidez foi definido como uma das estratégias chaves para a eliminação da sífilis congênita. Esta estratégia inclui a triagem na primeira consulta prenatal, a promoção de controle prenatal precoce e a diminuição do risco de re-infecção mediante tratamento profilático dos parceiros sexuais e orientação sobre o uso da camisinha.

Recomenda-se realizar o teste de detecção de sífilis a todas as mulheres em trabalho de parto que não tiveram controle prenatal (para o diagnóstico e tratamento da mãe e do recém-nascido) e às mulheres que tiveram aborto ou óbitos fetais.

Os testes de detecção mais utilizados são os testes não treponemicos (VDRL ou RPR). Sugere-se realizá-los em duas oportunidades, a primeira no momento da captação na primeira visita pré-natal (antes de das 20 semanas de gestação) e a segunda no terceiro trimestre. Em caso de aborto não são considerados os dados para além dos 20 semanas. Em outras ocasiões, dependendo das condições locais, o diagnóstico pode ser feito com teste rápido (Treponemicos). Estes testes podem dar resultados falso-positivos por uma memória imunológica.

Devido ao risco de morte fetal por sífilis e da impossibilidade de outras testes, o tratamento é justificável. Em serviços com maior

disponibilidade de recursos deve-se confirmar o resultado positivo de um teste não treponemico, VDRL por exemplo, com um teste treponemico, FTA-abs, por exemplo.

As mulheres que tiverem testes reativos deverão receber orientação e informação sobre a doença, seus riscos e a necessidade de tratamento dos seus parceiros sexuais e do bebê após o nascimento. As mulheres que tiverem testes negativos deverão receber informação sobre prevenção de doenças de transmissão sexual.

Nas casas retangulares preencher a que idade gestacional em semanas (sem) foi confirmado ou descartado o diagnóstico de sífilis. Se o diagnóstico for feito por testes sorológicos, deve-se marcar nos círculos correspondentes os tipos de testes usados (testes sorológicos treponêmicos, não treponêmicos ou ambas).

Nos outros círculos deve-se marcar **(-)** se a prova foi negativa para sífilis e **(+)** se as provas foram positivas para sífilis e **(s/d)** sem dados se os resultados sorológicos são desconhecidos.

Se for positivo (+), deve ser registrados na caixa imediatamente inferior se foi ou não foi realizado o tratamento. Deve ser lembrado que o único tratamento seguro para prevenir sífilis congênita é penicilina.

Finalmente, porque uma das principais causas de reinfecção da mulher grávida corretamente tratada é a falta de tratamento do seu parceiro sexual, existe um recordatório para coletar a informação dos parceiros para que os profissionais considerem fazer a investigação e fornecimento do tratamento. Registra-se **(Não)** quando o tratamento não foi realizado, **(Sim)**, quando foi realizado e **(n/c)** não corresponde quando a mulher for negativa ou porque o exame do parceiro foi negativo.

CHAGAS

A doença de chagas (infecção por *trypanosoma cruzi*) encontra-se exclusivamente no continente americano. Considera-se endêmica em 21 países. As atividades consideradas essenciais para o controle desta doença são o controles vetorial e a realização de testes sorológicos para detecção de *T. cruzi* nos bancos de sangue. Naqueles países em que a transmissão vetorial foi eliminada, a transmissão vertical é a única forma de manutenção da doença. Tanto que para alguns países o Chagas durante a gestação foi transformado em uma doença-sentinela.

Registrar o resultado do Teste para doença de Chagas (Negativo/Positivo/Não foi realizado) segundo corresponder.

PALUDISMO / MALÁRIA

O CLAP/SMR incluiu a variável paludismo por causa da prevalência que apresenta esta doença em 21 dos 37 países da Região.

Se no seu país a malária for endêmica recomenda-se revisar a norma nacional correspondente, no que diz respeito às medidas de detecção, tratamento e prevenção, bem como ao grau de endemicidade da transmissão de sua área. A HCP inclui o termo Malária ou Paludismo. Se no seu país são realizados normalmente testes para Paludismo, será registrado o resultado do teste diagnóstico realizada (independentemente da técnica empregada): como negativa se não foi detectado paludismo, positiva (círculo amarelo) se for confirmada a doença e não foi realizado, em caso de não ter sido realizado o teste.

BACTERIÚRIA

Bacteriúria assintomática refere-se à colonização bacteriana do trato urinário em ausência de sintomas.

Em lugares onde a urocultura não é uma rotina a fita reagente em urina poderá ser uma alternativa durante o controle prenatal.

Será registrado Bacteriúria: Normal, quando a urocultura for negativa (menos de 100,000 unidades formadoras de colônia/ml), ou a fita reagente for negativa; Anormal, se a urocultura ou a fita reagente tiverem resultados positivos. Em caso de não ter sido realizada a urocultura ou a fita reagente ao longo do controle da gravidez será registrado o círculo que indica que a pesquisa não foi feita. Em caso de aborto não se registrará dados de ≥ 20 semanas .

GLICEMIA DE JEJUM

Registrar o valor da glicemia obtida, de acordo à semana de gestação em curso em (miligramas por decilitro) no espaço correspondente. Se a glicemia basal for igual ou maior que 105 mg/dl, marcar também o círculo amarelo. Uma vez que existe controvérsia no uso da glicemia e sua substituição pelo TTOG (Teste de Tolerância Oral à Glicose) na rotina obstétrica, recomendam-se consultar a Publicação Científica CLAP/SMR 1562. Em caso de aborto não se registrará dados de ≥ 20 semanas.

ESTREPTOCOCO B 35 - 37 semanas

Em caso de aborto esta variável não aplica.

PREPARACIÓN PARA EL PARTO

Em caso de aborto esta variável não aplica.

ORIENTAÇÃO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

Em caso de aborto esta variável não aplica.

CONSULTAS PRENATAIS

[illegible]

Nos casos de admissão por aborto ou parto sem controles pré natal esta seção não será preenchida. Para aquelas mulheres em que o aborto ocorre após o início do acompanhamento pré-natal a HCP possui espaço para seis controles pré-natais. Se for preciso mais espaço para novos controles anexar o “formulário complementar de controles da HCP”.

Os dados a serem registrados são:

- Dia, mês e ano da consulta
- Idade gestacional no momento da consulta (idade gest.), em semanas completas.
- Peso em Kilogramas e em gramas.
- Pressão arterial (PA) sistólica/diastólica, em mm de Hg.
- Altura uterina, em centímetros.
- Apresentação, cefálica (c), pelviana (p), inclui a situação oblíqua (o).
- Frequência fetal cardíaca em batimentos por minuto (BCF pm)
- Movimentos fetais, positivos ou negativos, a falta de dados será interpretada como exame não realizado.
- Proteinúria: registrar positivo em caso de se detectar albumina ou proteínas na urina. Se não contiver, anotar Negativo. Deixar o espaço em branco será entendido como (não foi realizado).
- Sinais de alarme, exames e tratamentos, anotar somente sinais positivos e relevantes.
- Iniciais do profissional.
- Data da próxima consulta. dia e mês.

Nas situações em que pela idade gestacional não for aplicada alguma destas apresentações (por exemplo, apresentação fetal antes das 28 semanas), será anotado NC (não corresponde).

Seção: ABORTO

O formulário complementar da História Clínica Perinatal para mulheres em situação de aborto é resultado de um convênio de cooperação técnica entre o CLAP/SRM e Ipas.

Ipas é uma organização internacional, (www.ipas.org/spanish), que trabalha em todo o mundo buscando aumentar a capacidade das mulheres de exercer seus direitos sexuais e reprodutivos, e reduzir a taxa de mortes e lesões relacionadas com o aborto. Tem 10 anos de experiência no planejamento de sistemas de registro para mulheres em situação de aborto. Este processo começou com a criação de InfoAPA e atingiu seu ponto mais alto com o desenvolvimento de COMPAC (Comprehensive Post Abortion Care). O sistema COMPAC combina formulários clínicos impressos e um software que permite armazenar e avaliar continuamente a qualidade da atenção e melhorar a prestação de serviços centrados na mulher. No contexto de cooperação CLAP/ SMR - Ipas, e sobre as bases das fortalezas das duas instituições elaboraram o formulário complementar da História Clínica Perinatal para mulheres em situação de aborto.

A seção aborto foi projetada para registrar os dados relevantes da atenção prestada a mulheres em situação de aborto. As variáveis consideradas foram testadas extensivamente e cuidadosamente selecionadas seguindo os padrões do CLAP no monitoramento dos sistemas de saúde e contam com agregados correspondentes ao Sistema Informático Perinatal que lhe dá um enfoque integrador e complementar.

Nos casos de aborto devem-se substituir as seções parto, doenças maternas, recém nascido, puerpério, alta do recém nascido, alta materna e anticoncepção com a sobrecapa aborto da HCP.

HRPBNΔVP (abortin) 03.19.99

- Procedência/translado
- Admissão
- Pré-procedimento
- Procedimento
- Anticoncepção
- Alta

Seção: ADMISSÃO POR ABORTO

ADMISSÃO POR ABORTO ☒		HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ		IDADE GESTACIONAL		ACOMPANHANTE		PROCEDÊNCIA		TRANSPORTE	
DATA DE ENTRADA dia mês ano 14 04 08		não ☐ sim ☒ dias 00		semanas dias 10		por DUM ☒ por USG ☐ por parceiro ☐ nenhum ☒		não ☐ sim ☒ qual?		pessoal ☐ público ☒ ambulância ☐ emergência ☐ não sabido ☐	
										TEMPO DE TRANSLADO dias horas minutos 00 00 30	

DATA DE INGRESSO

É a data do ingresso da gestante ao hospital. Será registrada no formato dia-mês-ano e a hora em hora-minutos.

HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ

Refere-se a hospitalizações devidas a diferentes razões. Se a paciente foi hospitalizada alguma vez durante a gestação, faz-se um X no círculo amarelo que indica Sim; nesses casos também deve-se registrar nos quadrados amarelos o número total de dias de hospitalização, (da única internação ou a soma dos dias de todas as internações).

IDADE GESTACIONAL NO MOMENTO DO INGRESSO

Registrar em semanas completas e dias a idade gestacional no momento do ingresso, e marcar se o cálculo foi feito usando a data da última menstruação (DUM) e/ou a ultra-sonografia (USON), ou ambas.

ACOMPANHANTE (APOIO CONTINUO DURANTE TODAS AS ETAPAS DO QUADRO CLÍNICO, PROCEDIMENTO E NO PERÍODO POSTERIOR)

A HCP incorporou esta variável considerando em primeiro lugar o direito que todas as pacientes têm de ser acompanhadas por quem elas queiram e porque existem evidências científicas que mostram melhores resultados clínicos em mulheres que estiveram acompanhadas durante o processo assistencial.

Deve-se registrar a presença de uma pessoa - marido, companheiro, família ou qualquer outra pessoa (ou amigo ou pessoal de saúde) que dá apoio emocional, informação, encorajamento e conforto de maneira contínua e individualizada a mulher em situação de aborto. As opções são: marido / companheiro, parente, outro (incluindo pessoal de saúde) e nenhum. O pessoal de saúde que esteve presente realizando exclusivamente a avaliação clínica ou administrando tratamento não deve ser considerado como “acompanhante”.

Seção: PROCEDÊNCIA

ADMISSÃO POR ABORTO ☒ DATA DE ENTRADA dia mês ano 14 04 08 hora min 10 00	HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ não ☐ sim ☒ dias 00	IDADE GESTACIONAL semanas dias 10 por DUM ☐ por USG ☒ por DUM ☐ por USG ☒	ACOMPANHANTE cônjuge/companheiro ☒ outro ☐ parente ☐ nenhum ☒	PROCEDÊNCIA TRANSLADO DE OUTRO SERVIÇO não ☐ sim ☒ qual?	TRANSPORTE pessoal ☐ público ☒ Ambulância, estabelecimento ☐ Não sabido ☐ dias horas minutos 00 00 30
--	--	--	--	---	---

TRANSLADO DE OUTRO SERVIÇO

Deve-se marcar Sim ou Não como corresponda, se a paciente foi transladada de outra unidade de saúde, centro médico ou hospital, público ou privado.

Se marcou SIM indique em Qual, o nome e/o código da instituição de onde se originou o traslado.

Conforme os procedimentos recomendados para o cada país.

TRANSPORTE

Refere-se ao tipo de transporte utilizado para chegar ao estabelecimento de saúde. As opções são:

- Pessoal, quando a mulher foi transladado em veículo próprio ou de um amigo ou parente. Alguns exemplos: automóvel ou charrete, bicicleta, cavalo, etc.
- Público, a gestante tomou um ônibus, táxi, lotação ou qualquer outro meio de transporte coletivo e de uso público tradicional.
- Ambulância, estabelecimento de saúde/emergência, foi transladada em ambulância pública ou privada, ou outro transporte de emergência proporcionado por bombeiros, sistemas de vigilância públicos ou pela polícia.
- Não responde, não se sabe ou a informação não está disponível, ou a mulher ou sua família não dão esta informação.

TEMPO DE TRANSLADO

Deve ser registrado em dias, horas e minutos considerando o tempo que tomou o traslado da casa, trabalho ou outra instituição até o estabelecimento de saúde.

Seção: PRÉ-PROCEDIMENTO

[illegible]

SINAIS VITAIS

Nesta seção serão registrados todos os dados relacionados aos sinais vitais da paciente antes do procedimento:

- **PULSO**, em batimentos por minuto (bpm). Se for maior ou igual a 100 bpm ou menor ou igual a 60 bpm, deve-se marcar o círculo amarelo.
- **PRESSÃO ARTERIAL**, sistólica e diastólica em milímetros de mercúrio (mmHg). Se as condições permitirem a PA será medida com a mulher sentada colocando o manguito do esfigmomanômetro no antebraço direito e auscultando a artéria cubital. Se a PA for maior ou igual a 140/90 mmHg ou inferior a 80/50 mmHg, deve-se marcar o círculo amarelo. Quando a pressão sistólica for inferior a 100 mmHg (90 mmHg, por exemplo, deve se registrar 090).
- **Frequência respiratória (F Resp)**, em respirações por minuto (rpm). Quando for superior a 16 rpm indica taquipnéia, deve-se marcar o círculo amarelo.
- **Temperatura axilar (TEMPERAT)**, deve ser registrada em graus centígrados com uma casa decimal. Colocar o termômetro na axila durante pelo menos um minuto. A presença de febre pode ser um sinal de infecção grave. Se a temperatura for maior ou igual a 38 °C deve-se marcar o círculo amarelo.

LABORATÓRIO

Deve-se realizar exames de sangue com a quantificação de hemoglobina, leucócitos, plaquetas, VIH e VDRL/RPR.

- **HEMOGLOBINA**, em gramas/decilitro (gr/dl) de sangue. Deve ser registrada com as unidades correspondentes e uma casa decimal. Se o valor for inferior a 10.0 g/dl a paciente apresenta anemia e se marcará o círculo amarelo como sinal de alerta. Se a hemoglobina é inferior a 10 g / dl (ou seja, 8,0 g / dl anotar 08.0).
- **SÍFILIS**, é uma Infecção de Transmissão Sexual (ITS) causada por um espiroqueta denominada *Treponema pallidum*. Pode ser assintomática ou apresentar o sinal mais precoce (cancro) que aparece no lugar da inoculação. Sua evolução natural tem estágios característicos. É uma infecção que afeta 330.000 mulheres grávidas na América Latina e no Caribe. Na ausência de tratamento estima-

se que um terço dos fetos será abortado. A aplicação de medidas preventivas como o aconselhamento sobre o uso de condão, o estudo e o tratamento do casal e a identificação dos contactos sexuais e seu tratamento, diminui o risco de re-infecção e de ser infectada novamente por sífilis. Para mais informação consultar a Publicação Científica CLAP/SMR 1562.

- **DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS (SÍFILIS DIAGNÓSTICO)**, dependendo das condições locais serão usadas provas diagnósticas não treponêmicas (VDRL/RPR), provas rápidas treponêmicas ou provas rápidas combinadas (treponêmicas e não treponêmicas). Independentemente de qual foi a técnica usada para o diagnóstico, registrar-se-á nos círculos correspondentes, **(-)** se for descartada sífilis, **(+)** se a mulher apresentar sífilis, ou **(não realizado)**.
- **TRATAMENTO DA SÍFILIS (SÍFILIS TRATAMENTO)**, será realizado de acordo com as normas nacionais ou pode-se usar penicilina G benzatínica 2.400.000 U por via intra-muscular, dose única no caso de sífilis primária. Em uma situação de aborto, diferente da situação de gravidez, se a mulher for alérgica à penicilina pode-se usar outros antibióticos efetivos. Deve-se marcar o círculo amarelo que indica **(não)** quando o tratamento era necessário e não foi feito. Deve-se marcar **(sim)** se o tratamento foi realizado e se o tratamento não era necessário deve-se registrar não corresponde **(n/a)**.
O tratamento não deverá ser realizado nos casos em que os testes confirmatórios (Treponemicos) para sífilis tenham descartado a infecção. Nos ambientes onde se pode fazer os testes confirmatórios eles devem ser utilizados. Na dúvida sempre será preferível tratar as mulheres.
- **TRATAMENTO DO CASAL (SÍFILIS TRATAMENTO PARCEIRO)**
Uma das principais falhas na redução da sífilis congênita é causada pela falta de identificação e tratamento dos contatos sexuais das mulheres. A historia clínica perinatal inclui este recordatório para profissionais de saúde proporcionando a identificação, caracterização e, no devido caso a realização do tratamento e as recomendações das medidas preventivas. Deve-se marcar como **(não)** se o tratamento não foi feito, **(sim)** nos casos de realizá-lo e **(n/a)** nos casos que os testes confirmatórios do parceiro sejam negativos.
- **VIH**, a detecção e o tratamento oportuno da infecção por VIH são atividades fundamentais para reduzir o impacto desta doença, reduzir sua transmissão e uma oportunidade para aplicar medidas preventivas. Serão utilizados exames de triagem para VIH (exames rápidos com amostras de sangue ou saliva, ou o exame de ELISA). Se as provas forem positivas devem ser confirmadas pela técnica de Western blot ou por imunofluorescência.

Registrar (-) se o resultado para o HIV não for reativo. Marcar o círculo amarelo que diz (s / d) se o exame não foi feito ou não está disponível seu resultado. Se o resultado for positivo recomenda-se registrar o código 76 que esta no verso da pagina da HCP.

- **LEUCÓCITOS**, em unidades por micro litro. Deve-se indicar o número total de leucócitos (glóbulos brancos) por micro litro. Estão habilitadas 5 casas do tipo numérico, quando o número de leucócitos for <10.000 deve incluir um 0 na casa de dezena de milhares, por exemplo em caso de 5000 leucócitos escrever-se-á 05000.
- **PLAQUETAS**, em mil por micro litro. Devem-se preencher os três espaços correspondentes com números. Por exemplo, se o resultado for 450.000 se registra: 450, pois os três zeros já estão indicados em letras. O espaço amarelo deve ser marcado quando o valor for inferior a 100 mil plaquetas. Quando o número de plaquetas for, por exemplo 45.000 escrever-se-á 045.
- Grupo sanguíneo e fator Rh (GRUPO Rh), quando não foi realizado durante o pré-natal deverá ser feito e registrado na seção gestação atual como já foi explicado Grupo sanguíneo e fator Rh (Rh GRUPO), atual como já foi explicado. Imediatamente debaixo ao Grupo Rh, encontra-se o lugar para registrar o uso da gamaglobulina anti D. Em caso de aborto será registrado na alta na área existente para este fim.

SINTOMATOLOGIA

A duração total dos sintomas, a partir do inicio do primeiro sintoma será registrado em dias e horas.

SANGRAMENTO

Se a mulher não apresenta sangramento deve-se registrar (Não). Se apresenta sangramento, deve-se marcar o círculo amarelo (Sim) e registrar o volume do sangramento, marcando o círculo que corresponda de acordo com o tipo de sangramento leve, moderado ou grave. Os dois últimos (em amarelo) são considerados sinais de alerta, por essa razão deve-se estar alerta ao risco de choque hipovolêmico.

DOR

Deve-se registrar a presença de dor abdominal e/ou pélvica: Sim ou Não como corresponda. Peça a gestante que use a Escala Visual Análoga da Dor (EVAD). Esta escala foi desenvolvida no Ipas e é uma forma simples de quantificar um elemento subjetivo como é a intensidade da dor (ver anexo A). Para indicar a intensidade da dor, deve-se registrar em Pontuação, o valor correspondente, expressado em unidades com uma casa decimal (por exemplo, uma pontuação de dor de 4.8). Deve-se pedir a paciente que avalie a dor máxima que sentiu desde o princípio de quadro clínico

que causou a consulta. Se não houver uma EVAD disponível, deve-se pedir a gestante que indique a intensidade da dor numa escala de 0 a 10, sendo 0 ausência de dor e 10 o máximo de dor que tenha sentido. Nesses casos serão utilizados somente números inteiros sem decimais.

EXAME CLÍNICO

Os sinais encontrados no exame clínico deverão ser registrados nos espaços correspondentes.

CONSCIÊNCIA

Marcar apenas uma das quatro opções para o estado de consciência como:

- **Lúcida**, se está consciente do momento e do lugar e pode manter um diálogo coerente.
- **Sonolenta**, está em estado de sonolência persistente.
- **Excitada**, apresenta hipercinesia com predomínio dos membros superiores e inferiores. Os movimentos se caracterizam por ser involuntários, sem coordenação e inconscientes.
- **Comatosa**, a mulher está inconsciente, com perda da sensibilidade e da capacidade motora voluntária. A profundidade do coma está definido por estágios (1 a 4). Sendo 1 o mais leve e 4 o coma mais profundo.

PELE E MUCOSAS

Deve-se registrar a aparência da pele e mucosas nos respectivos espaços; estas variáveis aceitam mais de uma opção (p.ex. pálida e petequias):

- **Normal** - quando não existem alterações visíveis na coloração da pele tomando como referencia a que corresponde a etnia da mulher.
- **Pálida** - Coloração significativamente mais clara das mucosas e da cor da pele que a correspondente a sua etnia.
- **Equimose** - manchas subdérmicas ou submucosas, de cor azul-violácea, ou violácea-amarelada dependendo do tempo de evolução. Na ausência de traumatismo podem indicar alterações da coagulação.
- **Petequias**, manchas pequenas que aparecem como pontos vermelhos na pele, que não desaparecem quando se faz digito-pressão. Pode indicar distúrbios da coagulação.
- **Icterícia**, pele e mucosas com cor amarelada que podem indicar uma falha hepática orgânica.

As três últimas opções são sinais de alerta que exigem maior atenção, estando por isso indicadas em amarelo.

ABDOMEN

Deve-se indicar o estado e a aparência do abdômen por observação e palpação estática e dinâmica do abdômen.

- **Normal**, não se observam alterações e exclui outras opções.
 - **Visceromegalias**, aumento e/ou dilatação dos órgãos internos. A presença de hepato ou esplenomegalia indica maior comprometimento orgânico e/ou funcional. Deve-se investigar a causa, podendo ser devidas a uma síndrome infecciosa grave, entre outras causas.
 - **Rebote**, piparote ou onda líquida. Este sinal é patognomônico de ascite (acumulação excessiva de líquido na cavidade abdominal).
 - **Distendido**, o abdômen está com seu tamanho aumentado e a palpação se percebe uma maior pressão da superfície em direção aos músculos.
 - **Sinais peritoniais**, a dor devida à descompressão da parede abdominal é produzida pela inflamação do peritônio. Este sinal está presente nos casos de perfuração uterina e de outras vísceras abdominais e/ou pélvicas. Pode estar vinculada a manobras abortivas ou a gestações ectópicas complicadas.
 - **Silêncio abdominal**, a auscultação abdominal indica ausência de ruídos abdominais, o que indica uma perda do peristaltismo intestinal que pode estar associado a detenção do trânsito intestinal.
- Os círculos das últimas cinco opções estão em cor amarela pela gravidade potencial que indicam.

EXAME GINECOLÓGICO

O exame ginecológico busca determinar pelo exame bimanual o tamanho e as características clínicas do útero e seu conteúdo, o estado do colo, a existência de restos e a exploração do canal vaginal.

ÚTERO POR EXAME BIMANUAL

Deve-se registrar:

- **Tamanho uterino (tamanho)**, em semanas de gestação (sem), de acordo com o determinado pelo exame bimanual realizado por pessoal capacitado.
- **Posição**, em que posição está o útero: ante-verso-flexão (AVF), (meio) ou em retroversoflexão (RVF) no círculo amarelo.
- **Colo fechado**, este é um sinal de alerta no momento da evacuação do conteúdo uterino, deve-se registrar Sim (círculo amarelo) ou Não, como corresponda.
- **Restos**, se há restos ovulares marcar Sim (círculo amarelo) ou Não, de acordo como os achados do exame ginecológico. Também se inclui a opção desconhecido s / d, se clinicamente não se conseguiu determinar.
- **Vagina normal**, marcar Sim ou Não como corresponda.

ULTRA-SONOGRAFIA

O diagnóstico do aborto é predominantemente clínico. A realização de exames auxiliares não impede o começo do tratamento. Este exame

será feito nos casos cujo diagnóstico seja muito complexo, sempre que exista equipamento, e se a preocupação da mulher e da família seja determinante e obrigue a acelerar o diagnóstico (p. ex. Ovos não embrionados). No caso de aborto, os resultados da ultra-sonografia podem corresponder a útero ocupado pelo saco gestacional ou por restos ovulares e/ou coágulos. O útero somente estará vazio quando o aborto for completo. Este exame pode ser muito útil para a realização de diagnósticos diferenciais, para o que se recomenda consultar a Publicação Científica do CLAP/SMR Nº 1562.

Se a ultra-sonografia foi realizada deve-se marcar Sim ou Não como corresponda. Em caso afirmativo deve-se registrar o **Tamanho uterino** em semanas de gestação. Se o útero mede 70 mm, deve se registrar 070.

ANALGESIA

Deve-se registrar Sim ou Não em Solicitada, se a mulher pediu ou não medicamentos para a dor. Deve-se registrar Sim ou Não se recebeu ou não medicação na variável Realizada.

CONDIÇÃO DE ADMISSÃO

Esta variável tenta detectar possíveis complicações prévias a qualquer procedimento terapêutico e / ou diagnóstico na instituição. Se não houver nenhuma afecção complicando o estado de saúde no ingresso, marque o círculo (**Não**). Na presença de complicações no momento da admissão marcar o círculo correspondente, que abre a possibilidade de identificar diferentes tipos de complicações.

As complicações mais importantes do aborto incompleto são a hemorragia com anemia aguda e a infecção e, se foram realizadas manobras instrumentais previamente, pode haver risco de perfuração.

No aborto espontâneo as infecções mais frequentes são causadas pela ascensão dos germes que estão no trato genital inferior. O útero também pode ser infectado pelo uso de material contaminado. A gravidade do quadro pode variar desde uma endometriíte até a sepse. Quando na admissão não houver infecção complicando o estado de saúde da mulher será marcado o círculo que diz não. No caso de presença de infecção marcar as seguintes opções:

- **Infecção genital**, quando existam sinais e sintomas compatíveis com uma infecção: febre, calafrios, secreções vaginais fétidas, dor abdominal ou pélvica espontânea e/ou a mobilização do útero, metrorragia prolongada e aumento do número de leucócitos.
- **Infecção pelviana**, os achados mais frequentes são dor abdominal ou pélvica, sinais peritoneais evidenciados por dor na descompressão abdomino - pélvica, dor na mobilização do útero, febre igual ou maior a 38° C e leucorréia mucopurulenta e/ou fétida, número elevado de leucócitos.
- **Sepse**, é um quadro grave com compromisso grande do estado

geral que pode afetar o estado de consciência acompanhada por febre e afecção multiparenquimatosa (icterícia, anúria ou oligoanúria, hipotensão, alterações respiratórias, transtornos da coagulação, etc.). É uma complicação freqüentemente associada a aborto realizado em condições não seguras, por pessoas não qualificadas e/ou em más condições de assepsia.

- **Hemorragia excessiva:** metrorragia abundante e continuada, superior a 500 ml. Está mais freqüentemente vinculada a atonia uterina, (mais comum quanto maior for a idade gestacional), podendo também ser secundária à retenção de restos ovulares ou a lesões (perfurações) durante o processo de evacuação.
- **Choque hipovolêmico:** É produzido por hemorragia excessiva de evolução rápida, secundária a uma complicação. Compromete gravemente a consciência, o estado geral e provoca grave repercussão hemodinâmica.
- **Perfuração uterina/laceração,** a perfuração é uma complicação relativamente freqüente no processo de evacuação uterina, especialmente quando se faz curetagem. Pode ser uma perfuração pequena, geralmente assintomática que se resolve espontaneamente ou com a administração de ocitócicos. Se a perfuração for grande pode apresentar síndrome de irritação peritoneal, choque hemodinâmico e é necessário realizar uma laparotomia exploradora. Recomenda-se consultar a Publicação Científica CLAP/SMR 1562.
Em outras ocasiões pode-se constatar lacerações. Em qualquer uma destas situações deve-se identificar a topografia da lesão: vaginal, uterina e/ou pélvica. Registrar a topografia da laceração e / ou perfuração (vagina, útero), definindo como uma lesão pélvica a de órgãos pélvicos (reto, bexiga ou vasos pélvicos). Caso contrário, define-se como lesão de outros órgãos abdominais.

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Estado do aborto atual

Aborto: define-se como a expulsão ou extração do produto da concepção fora do útero materno, com peso igual ou inferior a 500 gramas ou quando a interrupção da gestação se dá antes de 22 semanas.

- Estado atual do aborto, deve-se registrar o diagnóstico feito pela pessoa que realizou o exame. As opções proporcionadas pela versão da História Clínica Perinatal para Mulheres em Situação de Aborto são as informadas mais frequentemente como: aborto completo, incompleto e outras alternativas como não se sabe ou não se aplica.
- Aborto completo, consiste na expulsão ou extração total do ovo fora da cavidade uterina em tempo completo e inteiro. Quando acontece,

as contrações uterinas param, a dor desaparece, tamanho do útero e o sangramento genital diminuem, e as modificações cervicais involucionam.

- Aborto incompleto, a expulsão ou extração do ovo é parcial e a placenta e/ou as membranas ficam retidas. As contrações uterinas dolorosas e o sangramento genital persistem, o útero está flácido e o colo uterino permanece dilatado.

Nos espaços correspondentes às outras opções se registrará:

- **Não se sabe**, quando a situação clínica não for conhecida pelo prestador da assistência e/ou não se realizou exame ginecológico.
- **Não se aplica**, esta opção será utilizada nos casos de abortos terapêuticos (p. ex. evacuação de ovo anembrionado, interrupção por risco de vida materna, etc.).

Tipo de aborto

Em Tipo de aborto devem-se marcar os círculos que correspondam a:

- **Aborto espontâneo (espont):** acontece sem intervenção de circunstâncias que interferem artificialmente na evolução da gestação. Aproximadamente, 25% dos abortos espontâneos têm sintomatologia evidente. Podem se apresentar como uma ameaça de aborto e regredir com tratamento ou passar a quadros clínicos com dinâmica evolutiva que se desenvolve em várias etapas: Ameaça de aborto, aborto eminente e aborto consumado. Recomenda-se consultar a Publicação Científica CLAP/SMR Nº 1562.
- **Aborto frustrado (frustrado):** quando o embrião ou feto morre antes da 22ª semana, mas o produto fica retido (as contrações uterinas não começaram espontaneamente e não há dilatação cervical). Faz-se seu diagnóstico por ultra-sonografia; é também chamado ovo morto e retido.
- **Mola:** o aborto é devido à degeneração hidrópica do trofoblasto. Suspeita clinicamente pela presença de vesículas que imitam a cachos de uva.
- **Gravidez não viável (grav. não viável):** quando é detectada que embrião ou o feto apresenta uma condição não viável na vida extra-uterina. Aplicado nos países em que a situação é amparada legalmente.
- **O aborto terapêutico (terap):** a interrupção da gravidez é

realizada com fins terapêuticos na presença de agravos/doenças que implicam em risco de vida para a mãe. Esta situação é uma das condições previstas no abortamento legal em muitos países.

- **Aborto terapêutico fracassado (terap. fracas):** os procedimentos e/ou a medicação utilizados não foram adequados ou efetivos para esse fim. Se se observa fracasso ou se o aborto for incompleto, um método cirúrgico complementar será necessário para fazer a evacuação do útero: aspiração a vácuo, ou dilatação e curetagem para as gestações no segundo trimestre.
- **Não especificado (não especif):** Está opção será registrada quando a interrupção da gestação for deliberada.
- **Outro:** quando não corresponde a nenhuma das opções anteriores.

COD DIAG CID 10, neste espaço deve-se registrar o código do diagnóstico realizado no momento da admissão da gestante no serviço de saúde. Para realizar o diagnóstico do estado atual do aborto e do tipo devem-se seguir os critérios da CIE – E10 (ANEXO 1) e pode-se consultar a Publicação Científica CLAP/SMR Nº 1562.

Se o aborto for espontâneo e completo o módulo de **PROCEDIMENTO** da versão eletrônica da História Clínica de Mulheres em Situação de Aborto será automaticamente desativada.

RESPONSÁVEL

Deve-se registrar ou carimbar o nome e o número de identificação do profissional que assinará como responsável pela assistência clínica e pelo diagnóstico no momento do ingresso da paciente.

TRATAMENTO/PROCEDIMENTO		MATURAÇÃO CERVICAL		ESVAZIAMENTO		exame		MEDICAMENTOS		outro		PONTUAÇÃO DE DO	
DATA DO PROCEDIMENTO		prosta- glandulas des- csmctico/ tamina		UTERINO		partos proced sala de cirurgia outro		ocito prola glandas anti progest antibo anal gla anest. local anest. geral anest. geral trans anal		medic 1 medic 2 medic 3 medic 4		PONTUAÇÃO DE DO	
14.04.08 18.00		nã sim		nã sim		nã sim		nã sim		nã sim		PONTUAÇÃO DE DO	
ACHADOS													
TAMANHO UTERINO		Histerometria		ANEXOS NORMAIS		FETIDEZ		RESTOS		ANATOMIA PATOLÓGICA		Complicações intra-operatórias	
70		11		nã sim		nã sim		moderados		nã sim		nã sim	
OUTROS PROCEDIMENTOS		Sutura nã lac. Utero		Sutura nã lac. Cerv. Vag		Histero- tomia		Tão nã sepsis		RESPONSÁVEL		Anestésico: reação adversa	
		nã sim		nã sim		nã sim		nã sim		Zito		nã sim	

Deve-se registrar o dia, mês e ano, hora e minutos do início do procedimento. Deve-se escrever um número por quadro. É muito importante oferecer informação precisa, considerando que estes dados serão utilizados para calcular a duração total do procedimento.

Existem várias situações clínicas (ovo morto e retido, ovo anembrionado, etc) nas quais o colo uterino está formado e fechado e é necessário fazer a sua preparação ou amadurecimento. Deve-se fazê-lo de acordo com as normas de cada país em cada caso em particular. A utilização de métodos médicos como os agentes dilatadores osmóticos, ou farmacológicos, ou laminarias, facilitam o procedimento e reduzem a incidência de complicações, especialmente, depois da nona semana de gestação.

O tratamento farmacológico mais empregado consiste no uso de prostaglandinas especialmente Misoprostol um análogo da prostaglandina E1.

- **prostaglandinas**, deve-ser marcar Sim ou Não, se foram ou não administradas.
- **dilatadores osmóticos/laminarias**, deve-ser marcar Sim ou Não, se estes elementos foram ou não usados para provocar a dilatação cervical.
- **horas**, deve-se marcar a duração total em horas que se empregou no procedimento de dilatação.

Deve-se registrar Sim se a evacuação uterina foi realizada ou Não.
Se a resposta for sim, é possível especificar qual ou quais foram as técnicas usadas, marcando Sim ou Não nos círculos correspondentes.
O útero pode ser evacuado por distintas técnicas. Antes de cada procedimento, a mulher deve receber analgesia e/ou anestesia

local (lidocaína paracervical) ou anestesia geral de acordo com as necessidades e disponibilidade em cada caso.

A aspiração ou sucção a vácuo, manual ou elétrica, é o método cirúrgico mais seguro e rápido (de 3 a 10 minutos) e pode ser feito em ambulatório. É o método de escolha para a evacuação de gestações de até 12 semanas completas. Está composto por uma cânula plástica ou de metal unida a uma fonte de vácuo. Antes da inserção da cânula é necessário que o colo esteja dilatado o que pode ser feito empregando dilatadores osmóticos ou mecânicos somente ou associados a prostaglandinas ou pela maturação cervical.

- **AMIU:** aspiração manual intra-uterina, o vácuo é gerado pela utilização de um aspirador plástico ou seringa de 60 ml mantido e ativado manualmente. Emprega-se cânulas estéreis, descartáveis e seu tamanho varia de 4 a 12 mm de diâmetro.
- **AEIU:** aspiração elétrica intra-uterina, a fonte da bomba de vácuo é elétrica.
- **EUI:** esvaziamento uterino instrumental, é um procedimento cirúrgico utilizado para fazer a evacuação por dilatação (dilatadores de metal) e curetagem do útero. É um método menos seguro e tem um índice maior de complicações (perfurações). Pode ser usado em gestações com menos de 12 semanas, quando os métodos de aspiração a vácuo não estiverem disponíveis; e nas gestações com mais de 12 semanas se não houver métodos médicos para a dilatação e expulsão fetal de maneira complementar, quando houve a expulsão fetal e os métodos de aspiração a vácuo não estiverem disponíveis.
- **Medicamentos (MED),** O uso de misoprostol (análogo de prostaglandinas) é muito efetivo, seguro e aceitável para a interrupção da gravidez durante o primeiro trimestre. No entanto existem algumas dificuldades para o emprego deste esquema.

Em qualquer caso se não houve evacuação completa do útero, esta deverá ser realizada com um método de aspiração ou EUI, de acordo com a disponibilidade.

AMBIENTE

Deve-se indicar o lugar no qual se realizou o procedimento marcando o círculo correspondente: **sala de exame (Exame), sala de partos (Partos), sala de procedimentos (Proced), sala de cirurgia (Cirurg) e em (Outro)** qualquer outro espaço.

MEDICAMENTOS RECIBIDOS

Em todos os casos deve-se registrar na lista correspondente os medicamentos utilizados ou não indicando Sim ou Não em cada caso. O protocolo permite especificar qualquer outra medicação usada indicando Sim em Outro usando os espaços codificados para medic1, medic 2, medic 3 e medic 4. Os códigos dos medicamentos serão utilizados de acordo com a classificação habitual da instituição. Se não foram utilizados outros medicamentos deve-se registrar Não em Outro.

PONTUAÇÃO DE DOR

Deve-se indicar a percepção de dor da paciente, utilizando a Escala Visual Análoga de Dor (EVAD). Deve-se realizar o monitoramento continuado da percepção de dor, utilizando técnicas baseadas na evidência. A dor é um sinal de importância clínica que aparece precocemente nas complicações e seu manejo eficaz é um elemento essencial para a valoração da qualidade da atenção. O uso da EVAD ajuda a avaliar a eficácia e comparar os resultados de diferentes tratamentos.

Se não houver EVAD disponível, deve-se pedir à mulher que classifique sua dor em uma escala de 0 a 10. Devem-se utilizar números completos, sem decimais e se registrará no espaço correspondente. Esta avaliação deve ser feita imediatamente depois do procedimento para obter dados mais fideis. (ANEXO 2)

ACHADOS

Os achados clínicos obtidos durante o tratamento/procedimento devem ser registrados nos espaços correspondentes.

- **Tamanho uterino**, será registrado em semanas de gestação de acordo como o exame bi manual efetuado antes do procedimento.
- **Histerometria**, o tamanho do útero será registrado em cm, de acordo com a medida obtida com o histerômetro ou com uma cânula graduada tipo Easy Grip ou similar.

ANEXOS NORMAIS

Marcar Sim ou Não como corresponda.

FETIDEZ

Marcar Sim ou Não para indicar se o conteúdo uterino e/ou as secreções tem odor fétido.

RESTOS

Deve-se registrar nos círculos correspondentes se os restos ovulares encontrados foram (**Escassos**), (**Moderados**) ou (**Abundantes**). Deve-se também indicar se os restos foram ou não inspecionados, indicando Sim ou Não como corresponda.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Deve-se marcar Sim ou Não se o conteúdo do útero foi ou não enviado para estudo anatomo- patológico.

COMPLICAÇÕES INTRA-OPERATÓRIAS

Deve-se registrar Não quando não houve complicações intra-operatórias; em caso afirmativo deve-se marcar Sim. Esta opção permite especificar o tipo de complicação:

- **Complicações cirúrgicas** serão registradas nos círculos correspondentes a: **Sangramento excessivo, Laceração cérvico-vaginal (laceração cerv./ vag.), laceração útero – intestinal (laceração uter./intest.)**. A opção Outra permitirá dar mais informação especificando a complicação cirúrgica.
- **Complicações anestésicas** devem-se marcar os círculos correspondentes: **Reação adversa, Convulsão, Parada cardíaca**. A opção **Outra** permite especificar o tipo de complicação anestésica.

OUTROS PROCEDIMENTOS

Deve-se sempre marcar o círculo correspondente Sim ou Não para as seguintes variáveis:

**Reparação de laceração uterina (reparação lac. uterina),
Reparação de laceração cérvico- vaginal (reparação lac. cerv./ vag.),
(histerectomia)**

Tratamento de sepse (tto. sepse).

Implica no emprego de procedimentos cirúrgicos específicos.

RESPONSÁVEL

Deve-se registrar ou carimbar o nome e o número de identificação do profissional que assinará como responsável pela assistência clínica, pelo diagnóstico e pelo procedimento e tratamento realizados.

Seção: PÓS-PROCEDIMENTO

PÓS-PROCEDIMENTO						Aconselhamento/informação			COMPLICAÇÕES			
DATA	hora	mês	ano	hora	min	Cuidados básicos	oral	escrito	nenhum	assinatura do responsável	0	Infecção genital
	14	04	08	20	00	sinais de alarme	☒	☐	☐		0	dano órgão pélvico
Pressão arterial	pulso	temperatura	sangramento	dor		anticoncepção	☒	☐	☐		0	hemorragia tardia/excessiva
110/70	80	37,4				consulta de seguimento	☒	☐	☐		0	choque não séptico
						Consulta de controle de seguimento					0	outra especificar

Use
0=Não,
1=principal,
2=secundária,
3=terciária

DATA

Deve-se registrar o dia, mês e ano em que se começou a atenção pós-procedimento, hora e minutos do início do procedimento e também registrar a hora e minutos do fim do procedimento e começo da atenção pós-procedimento. Desta forma se poderá calcular a duração total do procedimento.

Nos espaços correspondentes aos controles se registrará a pressão arterial, pulso, temperatura, sangramento e dor. Devem-se registrar os sinais vitais e a dor, uma vez por hora durante as primeiras quatro horas do procedimento. Na quinta fila se registrará os controles na última hora antes da alta da paciente.

- **Pressão arterial (PA)**, PA sistólica e diastólica, em milímetros de mercúrio (mmHg).
- **Pulso**, em batimentos por minuto (bpm)
- **Temperatura (temp.)** temperatura axilar em graus centígrados (°C).
- **Sangramento (sangr.)**, deve-se indicar o nível de sangramento genital como leve (L), moderado (M) ou severo (S).
- **Dor, (ver anexo 2)**, pede-se a mulher que avalie sua dor, utilizando a Escala Visual Análoga de Dor (EVAD). Será registrada em números, com uma casa decimal, utilizando técnicas baseadas nas evidências. Se não houver uma EVAD disponível, deve-se pedir à mulher que classifique sua dor em uma escala de 0 a 10. Devem-se utilizar números completos, sem decimais e se registrará no espaço correspondente. Qualquer aumento nos valores percebidos de dor pode ser um indicio de complicações.

ACONSELHAMENTO/INFORMAÇÃO

Devem-se registrar os círculos correspondentes e indicar se a mulher recebeu aconselhamento ou informação sobre **Cuidados básicos**,

Sinais de alarme e/ou Anticoncepção e se coordenou uma consulta de seguimento ou controle. Deve-se indicar se o aconselhamento ou informação foi Oral ou Escrita ou se marcará Nenhuma se não foi oferecido nenhum tipo de aconselhamento oral ou escrito sobre estes temas. Na coluna designada “assinatura do responsável” se anotar o nome e/ou as iniciais do profissional responsável. Se uma consulta de seguimento foi marcada deve-se registrar em **Consulta de Controle de Seguimento** o dia, mês e ano nos espaços correspondentes.

Cuidados básicos: depois da alta durante os primeiros dias se realizarão controles domiciliares de:

- temperatura, cor, quantidade e cheiro das perdas vaginais, persistência da dor e transtornos do trânsito digestivo. A presença de alguma ou várias alterações nestes parâmetros ou outros sinais que sejam motivos de preocupação permitirão detectar precocemente complicações e a paciente deverá consultar imediatamente.
- A atividade sexual poderá ser reiniciada quando as perdas de secreções genitais desapareçam.
- Deve-se coordenar uma consulta de controle 7 a 10 dias pós-aborto, quando se fará a avaliação da evolução e se realizarão as ações que não foram realizadas antes da alta.
- **Sinais de alarme:** deve-se instruir a mulher a reconhecer estes sinais e consultar imediatamente quando houver persistência da dor, aumento do sangramento, febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, alterações na quantidade, cor, cheiro e aspecto das perdas, secreções genitais fétidas, loquios com restos ovulares, palidez cutânea – mucosa, tonturas, lipotimias, perda da consciência.

COMPLICAÇÕES

Se indicará a presença e gravidade relacionada a qualquer complicação final nas casas correspondentes as seguintes opções:

- Infecção genital e / ou pélvica, (infecção genital / pelvica)
- Danos a outros órgãos pélvicos ou outros (dano órgãos pélvicos, etc.)
- hemorragia tardia e / ou excessiva (hemorragia tardia / excessiva)
- choque Não séptico (sem choque séptico)
- Outras, especificar qualquer outra complicação que não está nas opções anteriores.

Deverão ser especificadas até três complicações apresentadas durante a internação estágio, em ordem de importância, 1 3 (primária ou principal, secundária e terciária). Marcar com zero nas complicações não apresentadas.

ANTI-RUBÉOLA PÓS-ABORTO

Refere-se a se é ou não necessário administrar a vacina anti-rubeóla no período pós-aborto naquelas mulheres que não foram imunizadas anteriormente. Esta medida preventiva busca proteger a mulher e também beneficiá-la na próxima gravidez.

Deve-se marcar **“não corresponde”** se a vacina está vigente e portanto não foi necessário vacinar. Deve-se registrar Sim, quando a mulher precisava ser vacinada e efetivamente foi e se marcará **Não**, quando a mulher que deveria ser vacinada recebeu alta sem receber a vacina.

GAMAGLOBULINA PÓS ABORTO (γ GLOBULINA)

Quando uma mulher é Rh negativo e não está imunizada (não tem anticorpos Anti D) antes da alta por aborto a mulher deve receber gamaglobulina anti-D (de acordo com a norma nacional).

Marcar-se-á (sim) se a mulher for Rh negativo não imunizada e recebeu gamaglobulina D. Marcar (Não) caso seja Rh negativa não imunizada que não recebeu gamaglobulina D. No caso das mulheres Rh positivo ou Rh negativo imunizada deve ser registrado (N / C) não corresponde.

RESPONSÁVEL

O profissional responsável deverá registrar seu nome, assinar e/ou carimbar com o número de identificação. O profissional é clínica e legalmente responsável pela assistência e pelo tratamento realizado

Seção: ANTICONCEPÇÃO

ANTICONCEPÇÃO		Iniciou MAC		não ☒	sim ☐	soli		rece	
		solicitou	recebeu			soli	rece		
ACO "pílula"	☐ ☐							DIU	☐ ☐
Injetável	☐ ☐							ECV masc.	☐ ☐
implante	☐ ☐							ECV fem.	☐ ☐
								Abstinência	☐ ☐

¿Iniciou um método anticoncepcional? Deve-se registrar Sim o Não se a mulher começou um método anticoncepcional antes de abandonar o serviço (por exemplo, tomou a primeira pílula de ACO, se colocou um DIU, recebeu um método injetável ou um adesivo). Em caso afirmativo, se registra Sim e se indicará nos círculos correspondentes qual dos seguintes métodos

Solicitou e/ou Recebeu:

- Anticoncepcionais orais, (ACO ou "pílula")
- Injetável
- Implante
- Outro método anticoncepcional hormonal (Outro hormonal, anel vaginal, adesivo, (AE) Anticoncepcionais de Emergência).
- Condão (masculino ou feminino).
- Outros métodos de barreira (espermicidas, diafragma, etc.)
- Dispositivo intra-uterino (DIU)
- Esterilização cirúrgica voluntária masculina, (ECV masc.)
- Esterilização cirúrgica voluntária feminina, (ECV fem.)
- Abstinência (abstinência periódica com monitoramento da temperatura basal, método de Billings, etc.).

Compreende-se por solicitou o método que a mulher disse ter preferência.

Compreende-se por recebeu o método que a mulher efetivamente recebeu.

Embora a abstinência seja um comportamento que não é "entregue" será registrado como recebido no caso de ser citado pela mulher.

Seção: ALTA

SAÍDA		DATA		TIPO DE ALTA	
dia	mês	ano	hora	min	
1	5	04	08	08	00
TRATA MENTO		antib prof	antib terap	analg	outro
		☐	☐	☐	☐
					ne nhum
		☐	☐	☐	☐
Código do diagnóstico CID-10 (ALTA)					
ANTI RUBEOLA		vigente	☐	não	☒
			☐	sim	☐
γglobulina		não	☒	sim	☐
			☐	n/c	☒
ENCAMINHADA		especificar			
psicologia		☐	anticon cepção	☐	
violência		☐	infertilidade	☐	
adoles cência		☐	HIV/DST	☐	
RESPONSÁVEL					

Deve-se registrar DATA (dia, mês e ano) e a hora e os minutos da alta nos espaços correspondentes como foi explicado previamente.

TRATAMENTO

Deve-se indicar se na alta foi feita indicação de tratamento medicamentoso no domicílio. Serão marcadas as seguintes opções como corresponde:

- **Antibióticos profiláticos**
- **Antibióticos terapêuticos**
- **Analgésicos**
- **Outro**, diferente às anteriores opções
- **Nenhum**, se não recebeu nenhum medicamento ou receita no momento da alta.

TIPO DE ALTA

Deve-se indicar o tipo de alta marcando o círculo correspondente:

- **Falece**, se a mulher faleceu no local em que recebeu assistência deve-se marcar o círculo 'falece' e em TIPO DE ALTA incluir o momento, a data e a hora da morte.
- **Contra aconselhamento médico**, quando a mulher se retira do estabelecimento sem o consentimento médico porém o pessoal de saúde conhece a decisão
- **Alta médica**, médico ou outra pessoa prestadora de serviços de saúde assinou a alta.
- **Fuga**, a mulher abandona a instituição sem autorização e sem conhecimento do pessoal médico.

CONDIÇÃO NA ALTA

Deve-se indicar no círculo correspondente se no momento da alta a mulher estava:

- **Sadia**, gozando de bom estado de saúde.
- **Não se aplica (NA)**, quando a mulher foi transferida a outro serviço de saúde para continuar seu atendimento. Neste caso, será o número da instituição à qual a mulher foi transferida e se morreu ou não durante a transferência.
- Com patologia (c / patologia) do tipo geral e / ou relacionada com o motivo da internação e tratamento ou procedimento realizado durante a esse período.
- **Morte**, a mulher falece em alguma etapa do processo assistencial.
 - **Autopsia** Em caso de morte deve-se marcar Sim ou Não se foi realizada uma autopsia.

CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO FINAL CID- 10 (ALTA)

Deve-se indicar o código CID- 10 para o diagnóstico final no espaço proporcionado com três quadradinhos juntos e um separado. Por exemplo:

O código de aborto incompleto é O03 e o código de incompleto sem complicações é .4. Dessa forma o aborto incompleto sem complicações será registrado: O03.4.

ENCAMINHADA

Nos casos de mulher em situação de aborto pode ser necessário solicitar a assistência de diferentes especialistas que podem ou não estar no mesmo hospital ou centro de saúde. A referência sistemática ao centro mais próximo de tratamento e se foi, especificar o tipo de serviço ao qual foi encaminhada.

Deve-se marcar Sim ou não para indicar se a mulher foi referida a algum dos seguintes serviços:

- Psicologia
- Violência
- Adolescência
- Anticoncepção
- Infertilidade
- VIH/ITS
- Outra instituição (outra instit.)
- Outro

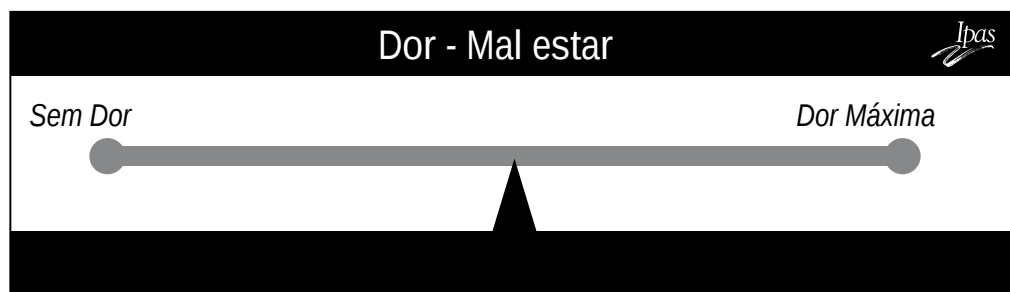
Quando se marque uma das duas últimas opções deve-se especificar o nome e/ou código do estabelecimento no espaço proporcionado.

ANEXO A

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DA DOR (EVAD)

Ipas desenvolveu uma ferramenta que facilita a quantificação da qualificação subjetiva da paciente no que diz respeito à dor que sente.

Utilizando o lado da escala rotulado “Dor – Mal estar”, peça a mulher que deslize o cursor de papel dentro da capa de plástico até que a flecha azul marque o lugar correspondente entre os dois extremos de “Sem dor” e “Dor máxima”



Depois vire a e anote o número indicado pela flecha azul na escala numérica, com um decimal.

Observe que os valores aumentam da direita para a esquerda, e não de esquerda a direita.



ANEXO B

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID) RELACIONADAS COM GESTAÇÕES QUE TERMINAM EM ABORTO

000-008 Gravidez que termina em aborto

Exclui:

continuação da gravidez em gestação múltipla após aborto de um ou mais fetos (O31.1)

- O00** Gravidez ectópica
Inclui: gravidez ectópica rota
Usar código adicional da categoria O08.-, se necessário, para identificar qualquer complicação associada.
- O00.0** Gravidez abdominal
Exclui: assistência prestada à mãe, motivada por feto viável em gravidez abdominal (O36.7) parto de feto viável em gravidez abdominal (O83.3)
- O00.1** Gravidez tubária
Aborto tubário
Gravidez na trompa de Falópio
Ruptura da trompa (de Falópio) devida à gravidez
- O00.2** Gravidez ovariana
- O00.8** Outras formas de gravidez ectópica
Gravidez (prenhez) (no): cervicale
 tubaire
 intra-ligamenteuse
 intra-murale
- O00.9** **Gravidez ectópica, não especificada**
- O01** Mola hidatiforme
Usar código adicional da categoria O08.-, se necessário, para identificar qualquer complicação associada.
Exclui: mola hidatiforme maligna (D39.2)
- O01.0** Mola hidatiforme clássica
Mola hidatiforme completa
- O01.1** Mola hidatiforme incompleta ou parcial
- O01.9** **Mola hidatiforme não especificada**
Doença trofoblástica SOE
Mola vesicular SOE
- O02** Outros produtos anormais da concepção
Usar código adicional da categoria O08.-, se necessário, para identificar qualquer complicação associada.
Exclui: feto papiráceo (O31.0)

0002.0 Ovo claro e mola não-hidatiforme

Mola: carnosas
intra-uterina SOE

Ovo patológico

002.1 Aborto retido

Morte fetal precoce com retenção de feto morto

Exclui: aborto retido com: mola: hidatiforme (001.-)
não-hidatiforme (002.0)
ovo claro (002.0)

002.8 Outros produtos anormais da concepção especificados

Exclui: aqueles com: mola: hidatiforme (001.-)
não-hidatiforme (002.0)
ovo claro (002.0)

002.9 Produto anormal da concepção, não especificado

As seguintes subdivisões de quarto caractere destinam-se a ser usadas com as categorias 003-006:

Nota: Aborto incompleto inclui a retenção de produtos da concepção após o aborto.

.0 Incompleto, complicado por infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos

Com as afecções relacionadas em 008.0

.1 Incompleto, complicado por hemorragia excessiva ou tardia

Com as afecções relacionadas em 008.1

.2 Incompleto, complicado por embolia

Com as afecções relacionadas em 008.2

.3 Incompleto, com outras complicações ou com complicações não especificadas

Com as afecções relacionadas em 008.3-.9

.4 Incompleto, sem complicações

.5 **Completo ou não especificado, complicado por infecções do trato genital ou dos órgãos pélvicos**

Com as afecções relacionadas em 008.0

.6 **Completo ou não especificado, complicado por hemorragia excessiva ou tardia**

Com as afecções relacionadas em 008.1

.7 **Completo ou não especificado, complicado por embolia**

Com as afecções relacionadas em 008.2

.8 **Completo ou não especificado, com outras complicações ou com complicações não especificadas**

Com as afecções relacionadas em 008.3-.9

.9 **Completo ou não especificado, sem complicações**

- O03 Aborto espontâneo
[Ver subdivisões no início do agrupamento]
- O04 Aborto por razões médicas e legais
[Ver subdivisões no início do agrupamento]
Inclui: aborto terapêutico
interrupção da gravidez:
- legal
- terapêutica
- O05 Outros tipos de aborto
[Ver subdivisões no início do agrupamento]
- O06 **Aborto não especificado**
[Ver subdivisões no início do agrupamento]
Inclui: aborto induzido SOE
- O07 Falha de tentativa de aborto
Inclui: falha de tentativa de provocação de aborto
Exclui: Waborto incompleto (O03-O06)
- O07.0 Falha de aborto provocado por razões médicas, complicado por infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos
Com as afecções relacionadas em O08.0
- O07.1 Falha de aborto provocado por razões médicas, complicado por hemorragia tardia ou excessiva
Com as afecções relacionadas em O08.1
- O07.2 Falha de aborto provocado por razões médicas, complicado por embolia
Com as afecções relacionadas em O08.2
- O07.3 Falha de aborto provocado por razões médicas, com outras complicações ou com complicações não especificadas
Com as afecções relacionadas em O08.3-.9
- O07.4 Falha de aborto provocado por razões médicas, sem complicações
Falha de aborto provocado por razões médicas SOE
- O07.5 **Outras formas, e as não especificadas, de falha na provocação de aborto**, complicadas por infecção do trato genital e por infecção dos órgãos pélvicos
Com as afecções relacionadas em O08.0
- O07.6 **Outras formas, e as não especificadas, de falha na provocação de aborto**, complicadas por hemorragia tardia ou excessiva
Com as afecções relacionadas em O08.1
- O07.7 **Outras formas, e as não especificadas, de falha na provocação de aborto**, complicadas por embolia
Com as afecções relacionadas em O08.2

007.8 Outras formas, e as não especificadas, de falha na provocação de aborto, com outras complicações ou com complicações não especificadas
Com as afecções relacionadas em 008.3-.9

007.9 Outras formas, e as não especificadas, de falha na provocação de aborto, sem complicação
Falha na tentativa de aborto SOE

008 Complicações conseqüentes a aborto e gravidez ectópica ou molar

Nota: Esta categoria deve ser usada principalmente para a codificação em morbidade, cujas regras de codificação devem ser consultadas no Volume 2.

008.0 Infecção do trato genital e dos órgãos pélvicos conseqüente a aborto e gravidez ectópica e molar

Choque séptico

Endometrite

Ooforite

Parametrite

Pelviperitonite

Salpingite

Salpingo-ooforite

Sepse

Septicemia

conseqüente a afecções
classificáveis em 000-007

Exclui: embolia séptica ou séptico-piêmica (008.2)
infecção do trato urinário (008.8)

008.1 Hemorragia tardia ou excessiva conseqüente a aborto e a gravidez ectópica e molar

Afibrinogenemia

Coagulação intravascular

Síndrome de desfibrinação

conseqüente a afecções
classificáveis em 000-007

008.2 Embolia conseqüente a aborto e a gravidez ectópica e molar

Embolia (de) (por):

SOE

aérea

- coágulo de sangue

- líquido amniótico

piêmica

pulmonar

séptica ou septi-copiêmica

conseqüente a afecções
classificáveis em 000-007

008.3 Choque conseqüente a aborto e a gravidez ectópica e molar

Choque (pós-operatório)

Colapso circulatório

conseqüente a afecções
classificáveis em 000-007

Exclui: choque séptico (008.0)

O08.4 Insuficiência renal conseqüente a aborto e a gravidez ectópica e molar

- Insuficiência renal (aguda)
 - Necrose tubular renal
 - Oligúria
- conseqüente a afecções classificáveis em O00-O07

Uremia

O08.5 Distúrbios metabólicos conseqüentes a aborto e a gravidez ectópica e molar

Desequilíbrio eletrolítico conseqüente a afecções relacionadas em O00-O07

O08.6 Lesão a órgãos e a tecidos pélvicos conseqüentes a aborto e a gravidez ectópica e molar

Laceração, perfuração, ruptura ou lesão química de:

bexiga

colo do útero

intestino

ligamento largo

tecido periuretral

útero

conseqüente a afecções classificáveis em O00-O07

O08.7 Outras complicações venosas conseqüentes a aborto e a gravidez ectópica e molar**O08.8 Outras complicações conseqüentes a aborto e a gravidez ectópica e molar**

Infecção do trato urinário

Parada cardíaca

conseqüente a afecções classificáveis em O00-O07

O08.9 Complicações conseqüentes a aborto e gravidez ectópica e molar, não especificadas

Complicações não especificadas conseqüentes a afecções classificáveis em O00-O07

BIBLIOGRAFIA

Benson J. Evaluating Abortion-care Programs: Old Challenges, New Directions Studies in Family Planning Vol. 36 Issue 3 Page 189 September 2005.

CDC 2001. Revised Guidelines for HIV counseling, testing and referral and Revised recommendations for HIV Screening of Pregnant Women. MMWR 50(RR-19).

CDC 2006. Intimate Partner Violence During Pregnancy: A guide for Clinicians. www.cdc.gov/nccdphp/drh/violence/ipvdp.htm. Last accessed on Sept 30, 2006.

Crowther CA, Thomas N, Middleton P, Chua M, Esposito M. Treating periodontal disease for preventing preterm birth in pregnant women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD005297. DOI: 10.1002/14651858.CD005297.

Díaz AG, Schwarcz R, Díaz Rosello JL, et al. Sistema Informático Perinatal. Montevideo 1993. Publicación Científica CLAP 1203.

Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for Promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005.

Faúndes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Dec;99 Suppl 2:S172-7. Epub 2007 Oct 24. Review.

Fescina R, De Mucio B, Díaz Rossello JL. Salud Sexual y Reproductiva. Guía para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido. Focalizada en APS. Montevideo 2007. Publicación Científica CLAP/SMR 1562.

FLASOG. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. Faúndes A, editor. Segunda edición, Marzo 2007.

Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD002869. DOI: 10.1002/14651858.CD002869.

Gómez Ponce de León R, Mañibo MA, Mañibo MB. 2007 COMPAC: Una herramienta para evaluar y mejorar la calidad de atención de las mujeres en situaciones de aborto. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Grosse S, Boyle C, Kenneson A, Khoury M, Wilfond B (2005) From Public Health Emergency to Public Health Service: The Implications of Evolving Criteria for Newborn Screening Panels. <http://www.cdc.gov/genomics/activities/publications/newborn.htm> Accessed on October 23, 2006.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.

Huapaya V. InfoAPA and EvalAPA: Subsistema de información sobre APA. Chapel Hill, NC, Ipas. 2002.

McDonald SJ, Abbott JM. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. (Protocol)

Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 1. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.

Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Unidad de VIH/Sida. Washington DC: OPS, 2005.

Organización Panamericana de la Salud. Consulta sobre Enfermedad de Chagas Congénita, su epidemiología y manejo (OPS/DPC/CD/301/04). Unidad de Enfermedades Transmisibles Área de Prevención y Control de Enfermedades (OPS/AD/DPC/CD) y CLAP. Montevideo: OPS, 2004 .

Organización Panamericana de la Salud. Grupo Étnico y Salud. 37 sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo (SPP37/10). Washington DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Washington DC: OPS, 2005.

Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10. Décima Revisión. Washington DC: OPS, 1995.

Padilla K, McNaughton L, Gómez R. Un diagnóstico nacional de la atención postaborto. Nicaragua: Ipas, 2003.

Pena-RosasJP,ViteriFE.2006.Effects of routine oral iron supplementation with or without folic acid for women during pregnancy. Cochrane database of Systematic Review Issue 3. Art No.: CD004736. DOI: 10.1002/14651858.CD004736.pub2.

Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD003248. DOI: 10.1002/14651858.CD003248.pub2.

RobertsD,DalzielS.Corticosteroides prenatales para la aceleración de la maduración del pulmón fetal en mujeres con riesgo de parto prematuro(RevisiónCochranetraducida).En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Simini F, Díaz Rossello JL, Matijasevich A, et al. Sistema Informático Perinatal. Manual resumido. Montevideo 2003. Publicación científica CLAP 1524.

Schkolink S, Del Popolo F (2005). Los censos y los pueblos indígenas en América Latina: Una mitología Regional. Seminario Internacional Pueblos indígenas y afro-descendientes de América Latina y el Caribe: relevancia y pertinencia de la información sociodemográfica para políticas y programas. CEPAL, Santiago de Chile, 27 al 29 de abril de 2005.

Shaw D. Misoprostol for reproductive health: Dosage recommendations. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Dec;99 Suppl 2:S155. Epub 2007 Oct 24.

Schwarcz R, Díaz AG, Fescina RH, et al. Historia Clínica Perinatal Simplificada. Bol Oficina Sanit Panam. 1983;95(2):163-172.

Valderrama J. Eliminación de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación. Washington, DC: OPS, 2005. (Internet) <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/EliminaSifilisLAC.pdf> Último acceso 23 de marzo de 2007.

WHO 2005. Report of a WHO technical consultation on Birth Spacing. Department of Making Pregnancy Safer and Reproductive Health and Research.

WHO 2006. Standards for Maternal and Neonatal Care. Department of Making Pregnancy Safer. 2006.

WHO 2006. Comprehensive Cervical Cancer Control: A guide to essential practice.

WHO 2002. WHO antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the new model.

WHO 1993. Breastfeeding Counseling: A training course. WHO/CDR/93.4 UNICEF/ NUT/93.2.