

Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família

RESUMO

Objetivo: descrever a experiência das mulheres grávidas no atendimento pré-natal e de baixo risco na consulta de enfermagem, residentes na área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, em uma cidade do Rio Grande do Sul (Brasil), por meio da interação e do fortalecimento do vínculo das mulheres gestantes com o serviço. **Método:** pesquisa qualitativa, na qual se desenvolveram atividades como: visitas domiciliares às mulheres grávidas, educação em saúde sobre o período gestacional, cuidado com o recém-nascido e organização de um Grupo de Gestantes. **Resultados:** neste experimento, demonstra-se que a inclusão de um serviço de saúde em uma comunidade realiza-se somente mediante a formação de vínculos, nos quais a união com as pessoas não fortalece unicamente a autonomia dos beneficiários, mas também toda a equipe de saúde. **Conclusão:** as vivências com a equipe e com a população ampliaram a visão sobre a importância do enfermeiro, no que se refere à gerência dos serviços de saúde e à promoção de ações educativas e de cuidado da saúde das mulheres no ciclo gravídico puerperal.

PALAVRAS-CHAVES

Enfermagem, cuidado pré-natal, saúde da família, gravidez, Brasil. (Fonte: DeCS, BIREME).

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Soares de Lima, S. (2013). Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. *Aquichan*. Vol. 13, No. 2, 261-269.

1. Doctora en Enfermería. Profesora adjunta, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil. suzibslima@yahoo.com.br

Recibido: 16 de enero de 2013
Enviado a pares: 22 de enero de 2013
Aceptado por pares: 8 de mayo de 2013
Aprobado: 10 de mayo de 2013

Enfermería en el periodo prenatal de bajo riesgo en la estrategia Salud de la Familia

RESUMEN

Objetivo: describir la experiencia de las mujeres embarazadas en la atención prenatal y de bajo riesgo, en la consulta de enfermería, residentes en el área de cobertura de la estrategia de Salud de la Familia, en una ciudad de Rio Grande do Sul, Brasil, por medio de la interacción y el fortalecimiento del vínculo de las mujeres gestantes con el servicio. **Método:** investigación cualitativa, en la que se desarrollaron actividades como: visitas domiciliarias a las mujeres embarazadas, educación en salud sobre el periodo gestacional, cuidado con el recién nacido y organización de un Grupo de Embarazadas. **Resultados:** en este experimento se demuestra que la inclusión de un servicio de salud en una comunidad se realiza solo mediante la formación de enlaces, en donde la unión con la gente consiguiendo no fortalece únicamente la autonomía de los beneficiarios, sino también a todo el equipo de salud. **Conclusión:** las vivencias con el equipo y con la población ampliaron la visión acerca de la importancia del enfermero, en lo referente a la gerencia de los servicios de salud y a la promoción de acciones educativas y de cuidado a la salud de las mujeres en el ciclo gravídico puerperal.

PALABRAS CLAVE

Enfermería, atención prenatal, salud de la familia, embarazo, Brasil. (Fuente: DeCS, BIREME).

Nursing during the Low-risk Prenatal Period as Part of a Family Health Strategy

ABSTRACT

Objective: The purpose of the study is to describe the experience of pregnant women residing in a city of Rio Grande do Sul (Brazil) who received low-risk prenatal care as part of a nursing initiative to deploy a family health strategy based on interaction and strengthening the bond between pregnant women and the service. **Method:** It is a qualitative initiative designed to develop activities involving home visits to pregnant women, health education on the gestational period, newborn care, and the organization of a pregnant women's group. **Results:** This experiment demonstrates that including a health service in a community is accomplished only by forming bonds in which the connection with people strengthens not only the autonomy of the beneficiaries, but also the entire health team. **Conclusion:** The experiences with the team and the population expanded the view on the importance of nurses in managing health care services and in promoting educational and health-care actions for women in the pregnancy-puerperium cycle.

KEY WORDS

Nursing, prenatal care, family health, pregnancy, Brazil. (Fonte: DeCS, BIREME).

Introdução

No campo da saúde, tem-se dado ênfase à saúde da família para aprimorar cada vez mais a prevenção de agravos, a manutenção e a promoção da saúde. Com relação à Saúde da Mulher, novas políticas, programas, estratégias e ações têm sido utilizadas para facilitar a obtenção de resultados positivos atinentes ao cuidado e à manutenção da sua saúde integral.

Nesse enfoque, no Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, limitada, naquele período, somente às demandas relativas à gravidez e ao parto (1). No que tange ao processo de gestação, ele é considerado um período normal do ciclo vital feminino. Porém, impõe à mulher modificações no seu organismo, como: aumento das suas necessidades nutricionais; alterações físicas, metabólicas, emocionais, as quais têm repercussões sobre o crescimento, desenvolvimento e o nascimento do feto, bem como na saúde mental da futura mãe (2).

O Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (PHPN), no Brasil, instituiu um elenco mínimo de ações que devem ser concretizadas, nos serviços de saúde no que se refere ao ciclo gravídico-puerperal, tais como: “seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério” (3, p. 32). A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que estas ações se traduzam na resolução dos problemas identificados neste período, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres identificarem suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado.

Neste contexto, o Enfermeiro ganha centralidade na Política Nacional de Atenção Básica (4)² ao ter definidas como competências suas várias ações, dentre elas: realizar assistência integral que inclui ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde de indivíduos e famílias na Unidade de Saúde da Família (USF)³, em todas as fases do desenvolvimento humano; realizar

consulta de enfermagem; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); gerenciar serviços de saúde, coordenar programas governamentais nas diferentes esferas (federal, estadual, municipal), dentre outras.

A consulta de enfermagem, no pré-natal de baixo risco, visa minimizar dúvidas e anseios para que a mulher tenha uma gestação saudável, pois além das informações técnicas, almeja-se o vínculo entre o enfermeiro do Programa Saúde da Família (PSF)⁴ e a usuária, bem como seu grupo familiar.

O objetivo deste é relatar o acompanhamento ao pré-natal de baixo risco e a consulta de enfermagem, em uma unidade saúde da família brasileira localizada na região centro-oeste do Rio Grande do Sul, visando um processo gravídico saudável.

A Estratégia Saúde da Família e a atenção à saúde da mulher

O PSF foi instituído, em 1994 no Brasil, com o objetivo de mudar o antigo sistema de atenção existente à saúde familiar (5), e tem como principal objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial. O processo de implantação das ESFs é visto como uma forma de agregar aliados na reorganização da atenção básica, ao se reconhecer a necessidade de modificação das práticas de saúde, assim como a renovação dos vínculos de compromisso e de corresponsabilização entre esses serviços e a população (6).

O acolhimento e o vínculo são modos de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde. Ouvir solicitações e assumir uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários (7) e que estejam dentro das possibilidades do serviço de resolver ou realizar os encaminhamentos pertinentes, fazem parte deste processo.

Nesse contexto, o pré-natal de baixo risco representa uma nova dinâmica de atuação, na atenção básica, pois milhares de

um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e por cinco ou seis agentes comunitários de saúde, para uma população de até 4.000 pessoas. Posteriormente, o dentista e o auxiliar de consultório dentário (ACD) passaram a integrar a equipe básica da USF.

4 Neste trabalho, apesar das distinções conceituais existentes, foram usados, indistintamente, os termos Programa Saúde da Família (PSF), Unidade de Saúde da Família (USF) e Estratégia Saúde da Família (ESF), com prevalência do primeiro. Tal escolha decorre da dificuldade das pessoas da comunidade local em substituir a sigla PSF em favor da ESF.

2 A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. [...] Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (4, p. 3).

3 Em 1994, a equipe de saúde mínima de uma USF, no Brasil, era constituída por: um médico,

mulheres morrem a cada ano no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), devido a causas relacionadas com gravidez, parto, aborto e baixa qualidade dos serviços de saúde, visto que todas as mulheres grávidas correm riscos de sofrer complicações imprevisíveis, que requerem o cuidado de profissionais de saúde (8).

Com base no exposto, a captação (9) das gestantes deve ser precoce, ou seja, a primeira consulta de pré-natal precisa ser realizada até os 120 dias iniciais da gestação; que a mulher realize, no mínimo, seis consultas de pré-natal, as quais podem ser médicas ou de enfermagem; que ocorram, no serviço de referência, ações educativas com a gestante e seus familiares; estímulo ao parto normal e que sejam solicitados exames laboratoriais, no transcurso da sua gestação.

Também é importante a atenção à mulher e ao recém-nascido, na primeira semana após o parto, com realização das ações preconizadas na “Primeira Semana Saúde Integral”, pela Agenda de Compromisso para a Redução da Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde (10), e da “consulta puerperal, até o 42º dia pós-parto” (9, p. 11).

Nessa lógica, a visita domiciliar à mulher grávida é um instrumento de intervenção – utilizado pelos integrantes das equipes de saúde, para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade (11) – fundamental à ESF, pois identifica suas características sociais e epidemiológicas, seus problemas de saúde e suscetibilidade aos agravos de saúde, o que permite o reconhecimento dos recursos que a família dispõe.

Outra estratégia de grande importância e resolutividade, nessa linha de ação, é a consulta de enfermagem à mulher-gestante, porque oportuniza tratar o indivíduo num contexto geral e, assim, é possível analisar seus aspectos físicos, psíquicos e sociais (12). Ainda, a consulta de enfermagem é uma ocasião para o diálogo, quando enfermeiro e gestante podem definir metas e objetivos a serem atingidos, dentre eles, ações educativas à mulher que está em processo gravídico, bem como o acompanhamento do desenvolvimento da gravidez (13).

Na anamnese da mulher-grávida, abordam-se aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos, obstétricos e a situação da gravidez atual, escuta atenta e resolutiva das dúvidas e ansiedades da mulher (9).

Método

O município da ESF do relato localiza-se na região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul, Brasil, com cerca de 49 mil habitantes e tem, como base econômica, a pecuária. No campo da saúde, em 2008, havia seis unidades de ESF, sendo a última inaugurada em fevereiro de 2007, a qual se subdivide em seis microáreas e abrange um total de 1.236 famílias e 3.689 pessoas. Nesta nova ESF, desenvolveu-se este relato de experiência, no período de outubro a novembro de 2007 e de fevereiro a maio de 2008.

Destaca-se que os princípios éticos e legais foram respeitados conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde/Brasil – 196/1996⁽¹⁴⁾, ou seja, as mulheres-gestantes, residentes na área de abrangência da ESF participavam das atividades de educação em saúde e/ou de cuidado mediante sua aquiescência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Destarte, a proposta para o trabalho foi viabilizada em quatro momentos: 1º – na reunião da equipe de saúde foi exposto o objetivo da prática, bem como definido o modo de abordar e/ou de captar as mulheres na fase inicial da gestação, como preconiza o PHPN; 2º – visitas domiciliares, junto com o ACS de cada microárea, onde existiam mulheres com gestação confirmada, ou com suspeita de gravidez; divulgação do acompanhamento ao pré-natal de baixo risco que estava iniciando nesta ESF; 3º – distribuição de convites, nos domicílios, às mulheres-grávidas, com o fim de participarem de uma reunião, a qual objetivava a aproximação dessas mulheres com a ESF; 4º – efetivação da Consulta de Enfermagem para o acompanhamento de pré-natal de baixo risco, nesta ESF.

Foi realizada a confecção de um instrumento (Apêndice A) que atendesse as necessidades do serviço e para sistematizar a consulta de enfermagem, com os registros do histórico, anamnese e planejamento das ações educativas e ou de cuidado às mulheres-gestantes. Cabe mencionar, também, que ocorreram consultas de enfermagem no domicílio para aquelas que não aceitaram comparecer à unidade de saúde; essas consultas visavam ao acompanhamento de enfermagem ao pré-natal de baixo risco a todas as mulheres-gestantes da ESF.

5 Nas outras cinco ESFs do município, o acompanhamento ao pré-natal de baixo risco já estava consolidado, faltando, portanto, efetivar esse serviço nesta ESF –que havia sido inaugurada em fevereiro de 2007– porque as mulheres-grávidas, residentes no bairro, continuavam buscando atendimento distante do seu domicílio, apesar de tê-lo disponível próximo dele, o que contrariava a lógica da ESF.

A aproximação das mulheres-grávidas à ESF

Foram realizadas 30 visitas domiciliares durante toda prática assistencial, encontrando-se resistência por parte de várias mulheres-grávidas em procurar a unidade. Nessas visitas, observou-se a falta de vínculo e de credibilidade nas ações de saúde propostas pela equipe de saúde desta ESF à mulher-grávida. Fato que causava estranheza à equipe, uma vez que no município existiam consulta médica, de enfermagem e outras ações direcionadas a esse segmento social, no Centro Materno-infantil e nas demais ESFs.

Assim, conseguiu-se reunir três mulheres-gestantes, quase no final do segundo semestre de 2007, em dois encontros denominados “Grupo de Gestantes”, que foram realizados quinzenalmente, em um clube, próximo à unidade, pela manhã, com duração de uma hora. Na oportunidade, foi combinada a realização de outros encontros nesse mesmo local. Ressalta-se que, nesse período, a média era de dez mulheres-gestantes cadastradas, nas seis microáreas desta ESF.

Embora a ESF priorize ações de promoção e recuperação da saúde do indivíduo e de sua família, na perspectiva de efetivar uma nova dinâmica de trabalho, prestando assistência integral e qualificada à população (15), ficou evidente o quão difícil é a conquista do público para esse processo de trabalho. No entanto, insistia-se na formação do grupo de gestantes, pois é neste ambiente dinâmico que a promoção da saúde integral-individual-coletiva das gestantes pode ser realizada pelas interações e compartilhamento entre sujeitos com vivências/experiências comuns. Participar do grupo permite que a mulher-gestante seja multiplicadora de conhecimentos (16), e isso se torna uma estratégia importante à promoção da gestação saudável e, por consequência, do parto e puerpério.

No primeiro semestre de 2008, foram realizados mais cinco encontros com as gestantes e deu-se continuidade à proposta do semestre anterior. Contudo, o primeiro encontro de 2008 teve adesão de somente duas mulheres-grávidas, que se mostraram bastante interessadas e ativas, como evidencia a fala: “Com o médico, se a gente não pergunta, ele não diz nada. Aqui a gente fica sabendo um monte de coisas novas...” (G2).

Pode-se observar que as gestantes ficam mais à vontade com os enfermeiros. E, no final do encontro, agendou-se a consulta de

enfermagem para as duas participantes com essa metodologia de ação em todos os encontros seguintes.

No segundo encontro, compareceram quatro gestantes e foi discutida a questão da “Amamentação”, quando se abordou a maneira correta de o recém-nascido ser colocado no seio da mãe e os benefícios para ela e o bebê com a prática do aleitamento materno exclusivo. Sobre isso, houve manifestações, como: “Eu quero dar mamar pro meu filho. Com meu outro filho, não sabia que podia preparar meu seio antes de ele nascer...” (G3).

E, assim, paulatinamente, o quantitativo de mulheres-grávidas aumentava a cada encontro, mas ainda persistia a insegurança (da equipe) de que o interesse pelo Grupo de Gestantes e pela Consulta de Enfermagem, por parte das mulheres, fosse mais uma vez temporário. Por isso, as mulheres-gestantes que não compareciam ao encontro anterior, eram revisitadas e ratificado o convite verbalmente, ou enviado convite impresso distribuído pelos ACSs.

No quinto e último encontro, compareceram oito gestantes e abordou-se o tema: “Cuidados com o Recém-nascido”; quando houve declarações: “Nunca cuidei de nenhuma criança... Tenho medo de não saber como fazer ou fazer algo errado...” (G6).

Observa-se a necessidade de abordar estas temáticas, no intuito de facilitar e tranquilizar a mãe no cuidado ao seu filho. Nos grupos há também a troca de experiências, o que faz com que as mães tenham mais segurança quanto às condutas ao recém-nascido.

Quanto à efetivação/implantação das consultas de enfermagem, nesta ESF, elas foram agendadas quando se realizava o Grupo de Gestantes, ao término dos encontros. Depois da realização das primeiras consultas de enfermagem, houve aumento da demanda e do interesse em retornar à consulta, surpreendendo a equipe, pois as próprias mulheres-gestantes solicitavam agendamento para outras consultas. Então, realizou-se cerca de dez consultas, entre os meses de abril e maio de 2008, ou seja, uma consulta mensal para cada mulher-grávida.

Com os grupos de gestantes, houve a aproximação das gestantes com a ESF, o que possibilitou que houvesse o vínculo destas com a unidade de saúde, o que permitiu que o papel do enfermeiro de educador fosse colocado em prática, uma vez que

os encontros tiveram como objetivo de orientar as ações das gestantes neste ciclo. É fundamental a adoção de uma assistência de pré-natal de qualidade, pois estreita os laços de confiança com a equipe e, conseqüentemente, a acessibilidade aos serviços de saúde prestados à gestante, o que é fundamental à consecução das ações de saúde para este grupo.

Considerações finais

No desenvolvimento desta prática, vivenciaram-se diretamente as dificuldades/limitações, como também as possibilidades desse modelo de assistência à saúde, preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, que repercute no processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente, no do enfermeiro que atua na ESF. Também se observou que o processo de criação de vínculo entre o usuário e a equipe de saúde da ESF constrói-se com a articulação de compromissos assumidos durante as intervenções dos profissionais de saúde, que podem ser educativas, cuidativas, informativas, terapêuticas, dentre outras.

Nesta experiência, parece estar/ficar demonstrado que a inserção de um serviço de saúde, em uma comunidade, concretiza-se somente quando há formação de vínculo, responsabilização, aproximação das pessoas com conseqüente valorização de sua autonomia, acolhimento, não só pelo recepcionista da unidade, mas também de toda equipe de saúde.

Prova disso é a grande resistência oferecida pelas mulheres-grávidas, devido à baixa credibilidade das gestantes nesse trabalho e falta de vínculo, quando a equipe da ESF ofertou o acompanhamento ao pré-natal de baixo risco. No entanto, todos os esforços devem ser despendidos para garantir a plena participação da mulher-gestante nas atividades desenvolvidas pela unidade de saúde (17). Assim, para alcançar os aspectos pontuados, às vezes, é necessário utilizar outras estratégias além da visita domiciliária, a qual é um importante instrumento no processo de trabalho da saúde coletiva, especialmente na modalidade da ESF, como a formação de grupos de sujeitos com interesses comuns, realização de consulta de enfermagem na unidade ou no domicílio da mulher.

Assim, nesta ESF, as ações dirigidas para o acompanhamento ao pré-natal de baixo risco a mulheres-grávidas, com a formação de grupo e consulta de enfermagem concretizaram-se somente após seis meses de incansáveis tentativas, de reinícios e, por este motivo, foi um trabalho árduo e desgastante, porém extremamente gratificante o que comprova que é possível ser-saber-fazer enfermagem de um modo diverso do tradicional, ou seja, centrado nas necessidades dos usuários e não nas das equipes de saúde. Ratifica-se a importância da atenção qualificada durante o pré-natal e a relevância da consulta de enfermagem para a concretização dessas ações, mas, especialmente, desvelando o valor do processo de formação de vínculo, neste caso, das mulheres-grávidas com a unidade ESF.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
2. Melson KA, Jaffe MS, Amlung S. Enfermagem Materno-Infantil: Planos de Cuidados. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.
5. Figueiredo NMA de. Ensinando a Cuidar em Saúde Pública. São Caetano do Sul: Yendis; 2005.
6. Gaíva MAM, Silva AMN. O processo de implantação do programa saúde da família no estado de Mato Grosso, Brasil: perspectiva de atores sociais da gestão estadual. *Cogitare Enferm* 2008 Out-dez; 13 (4): 576-84.
7. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Comunic, Saúde, Educ* 2005 Mar; 9 (17): 287-301.

8. Costa EMA, Carbone MH. Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio; 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliar no contexto do PSF. Instituto para o desenvolvimento de saúde. Universidade de São Paulo: Ministério da Saúde; 2001.
12. Martinelli M, Camargo SB, Pulga J, Fraporti L, Moretto EFS, Tagliari M. Consulta de enfermagem no programa de saúde da família, na visão do Enfermeiro. Rev Téc-cient Enferm 2004; 2 (11): 209-16.
13. Silva MG da. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal: a percepção do cliente. Rev. Latino-am. Enfermagem 1998; 6 (1): 27-31.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 196/1996: Pesquisa em seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
15. Mattei DA. O enfermeiro na equipe de saúde da família. Rev Téc-cient Enferm 2005; 3 (11): 308-17.
16. Delfino MRR, Patrício ZM, Martins AS, Silvério MR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. Ciência e Saúde Coletiva 2004; 9 (4):1.057-66.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Anexo 1
APÊNDICE A – Instrumento para Registro Consulta de Enfermagem à Gestante

Identificação institucional: _____
 Nome: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____
 Estado civil: _____ Ocupação: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____
 N. PHPN: _____
 DUM: ____/____/____

ASPECTOS DE SAÚDE

Gesta: _____ Para: _____ N. de PN: _____ N. de PC: _____
 Idade e sexo dos filhos: _____
 Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____
 Amamentação: () NÃO () SIM Quanto tempo? _____
 Peso dos filhos ao nascer: _____
 Fez Pré-natal? () SIM () NÃO
 () Nesta gestação () Nas anteriores () Em algumas
 () N. de consultas: () de 1 a 3 () de 4 a 6 () mais de 6
 A gravidez foi planejada? () SIM () NÃO
 Utilizava métodos contraceptivos antes da gestação? () SIM () NÃO
 Pratica exercícios físicos?
 É fumante?

EXAMES GESTACIONAIS REALIZADOS

Ht / Hb	VDRL	EQU	GLICEMIA JEJUM	TOXOPLASMOSE	ANTI-HIV

VACINA ANTITETÂNICA

1ª DOSE	2ª DOSE	3ª DOSE	REFORÇO
Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____

ACOMPANHAMENTO DE PRÉ-NATAL

DATA	IG	PESO	PA	AU	BCF

SINAIS E SINTOMAS / IG (por trimestre)	1º	2º	3º
Náusea			
Vômito			
Pirose			
Vertigem			
Obstipação intestinal			
Hemorroidas			
Leucorreia			
Aumento de secreção vaginal			
Polaciúria			
Disúria			
Dificuldade para respirar			
Mastalgia			
Lombalgia			
Cefaleia			
Varizes			
Edema			
Sangramento gengival			

OBSERVAÇÕES/ORIENTAÇÕES/INTERVENÇÕES:

Elaborado por: Neusa Brittes Feliciano, Acadêmica do IX Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem URI – Campus Santiago, sob a orientação da Profª. Vania Marta Pradebon e supervisão de Paula A. de Bitencourt, Enfermeira ESF São Vicente/Itu – 2008.