



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM

MONIQUE ARAÚJO BEZERRA MELO

**PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ENFERMAGEM NO
ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL.**

NATAL/RN

2014

MONIQUE ARAÚJO BEZERRA MELO

**PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ENFERMAGEM NO
ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL.**

Artigo Científico apresentado ao Curso de Graduação de Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte - UNIRN, como requisito parcial para conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso-II.

Orientadora: Profa. Dra. Izete Soares da
Silva Dantas Pereira

NATAL/RN

2014

RESUMO

O artigo presente objetiva apresentar uma proposta de instrumento de coleta de dados da enfermagem para acompanhamento do pré-natal nas Unidades de Saúde do município de Natal-RN. Na construção do trabalho, foram utilizadas como eixo norteador as diretrizes do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e os trabalhos de Wanda Horta sobre as necessidades humanas básicas. Consiste numa pesquisa do tipo bibliográfica que foi realizada em duas fases: Identificação dos fatores relacionados ao atendimento das necessidades básicas no pré-natal realizada mediante revisão bibliográfica e a estruturação da ficha a partir da identificação feita na primeira fase. As fichas, elaboradas a partir deste estudo, não devem ser consideradas definitivas, pois a dinâmica do atendimento individual poderá gerar a necessidade de ajustes que possam aprimorar a qualidade do cuidado de enfermagem. Espera-se que as fichas que compõem o instrumento de coleta de dados possam contribuir para a uniformização da coleta de dados necessários à construção do histórico da saúde gestante e melhoria da sistematização da assistência de enfermagem durante o acompanhamento pré-natal.

Palavras-Chave: Enfermagem; Pré-natal; Ficha de Acompanhamento; Necessidades Humanas Básicas.

ABSTRACT

The objective of this article is to present a proposal of an instrument of nursing data collection for the prenatal accompaniment in health centers located in Natal-RN. In the structuring of this study, the guidelines of the Prenatal and Birth Humanization Program as well as the studies of Wanda Horta about the basic human necessities were used as guiding principles. This paper consists in a methodological research, which was accomplished in two phases: Identification of the factors related to the assistance of the basic necessities during the prenatal, made through a bibliographic review; and the structuring of the form based on the identification prepared in the first phase. The forms, prepared after this study, must not be considered definitive, because the dynamic of the individual assistance can generate the need of adjustments, which can improve the quality of the nursing care. After all, the forms that compose the instrument of data collection are expected to contribute for the standardization of the data collection required to the construction of a pregnancy health transcript, and for the improvement of the systematization of the nursing assistance during the prenatal accompaniment.

Keywords: Nursing, Prenatal; Accompaniment Form; Basic Human Necessities.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	08
3. METODOLOGIA.....	15
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
5. CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	25

1. INTRODUÇÃO

O pré-natal é entendido como um conjunto de ações que tem como objetivo diagnosticar e tratar possíveis doenças e/ou agravos que venham a surgir ou que ainda não tenham sido descobertas. Visa também o preparo psicológico da gestante e sua família para as modificações que a gestação desencadeia, proporcionando através desse acompanhamento uma gravidez, um trabalho de parto e parto o mais saudável possível e com um significado positivo na vida da mulher e de sua família (RIOS e VIEIRA, 2007).

O parto, fenômeno fisiológico e natural do ciclo reprodutivo dos mamíferos, representa para os humanos um evento sociocultural, afetivo, familiar e sexual. Para a mulher, o parto é uma experiência que ocupa seu imaginário em decorrência da sua complexidade e da possibilidade de ser um trabalho demorado e um momento de extrema dor, que pode resultar na morte do bebê e/ou da própria mãe. Indiscutivelmente, o nascimento de um filho configura-se como um fenômeno mobilizador agregante de significados culturais que mudaram com as transformações históricas da humanidade (SANTOS, 2002).

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário: construir um olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidas na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários (as) e gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção (BRASIL, 2005).

Segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, o pré-natal deve ser iniciado precocemente, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica e atingir um número mínimo de consultas. Nesse sentido, o Ministério da Saúde através da Portaria nº 569 de 01/06/2000 recomenda o mínimo de seis consultas agendadas, de forma progressiva, por trimestre: uma no primeiro; duas no segundo e três no terceiro trimestre. Além disso, recomenda-se que as atividades educativas do pré-natal devem ser entendidas ao parceiro e à família da gestante visando contribuir para o bem-estar físico e mental tanto da mãe como do filho (WHO, 2002).

Nogueira (2010) informa que o sucesso das ações que visam a promoção da saúde materna decorrem, em grande parte, do momento em que o pré-natal tem início; da quanti-

dade e qualidade das consultas; da instituição de programa de imunização materna e, da prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças intercorrentes da gestação.

Nesse contexto, infere-se que as atividades de comunicação em saúde devem ser priorizadas durante a assistência pré-natal, tendo em vista que o intercâmbio de informações e experiências pode configurar-se como a melhor forma de promover a compreensão do processo gestacional e de oferecer respostas e apoio aos sentimentos de curiosidade, medo, dúvidas, angústias e fantasias da mulher conforme afirma Moura e Rodrigues (2003). Dessa forma, durante o Serviço de Atendimento de Enfermagem deve ser estabelecida uma escuta ativa mediada por prática de comunicação/informação adequada às condições socioculturais das gestantes, registrada em fichas para coleta de dados e, que atenda ao processo de humanização da saúde.

Horta (1979) informa que as fichas ou instrumento para coleta de dados deve ser um roteiro sistematizado, conciso, claro e preciso e sem duplicação de informações. É um instrumento que deve ser capaz de obter informações que permitam o diagnóstico e a prescrição de cuidado imediato e individualizado respeitando-se as particularidades de cada ser humano.

Conforme o exposto justifica-se a escolha da temática, devido à sua relevância e por proporcionar a oportunidade de se apresentar um estudo acerca da assistência de enfermagem no registro e acompanhamento do pré-natal. Dessa forma, o presente trabalho tem por objetivo apresentar uma proposta de fichas de registro ou instrumento de coleta de dados da enfermagem para acompanhamento do pré-natal nas Unidades de Saúde do município de Natal-RN.

O interesse por esta temática teve início durante o período de vivência da prática de enfermagem, no estágio curricular, quando foi possível vislumbrar as limitações para o bom desempenho profissional nas consultas de enfermagem feitas às gestantes.

Na construção do trabalho, foram utilizadas como eixo norteador as diretrizes do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, um viés da Política Nacional de Humanização implantada pelo Ministério da Saúde e que encontra respaldo nos trabalhos de Wanda Horta sobre as necessidades humanas básicas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Os nascimentos são considerados um dos principais fatores determinantes da alteração na estrutura etária de uma população por esse motivo, os dados sobre os nascimentos são importantes tanto sob o aspecto demográfico como de análise da situação de saúde (IBGE 2009).

Os estudos feitos por autores como Berquó e Cavenaghi (2004), Borges, Pirotta e Schor (2004), entre outros, informam que o comportamento reprodutivo varia segundo grupos sociais. Nesse contexto, observa-se que há diferenças na faixa etária da fecundidade conforme a condição socioeconômica das mulheres e que são nos grupos menos instruídos e menos favorecidos que se observa um rejuvenescimento na faixa etária de reprodução. Diante disso, a educação tem se revelado significativa na percepção da importância da assistência à saúde materno-infantil e, a escolaridade da mãe se impõe como diferencial no processo de acesso à assistência pré-natal (IBGE, 2009).

As ações de atenção básica à mulher durante a gravidez são consideradas imprescindíveis na promoção da saúde, pois visam à prevenção e o tratamento dos problemas que surgem durante o período gestacional e no período pós-parto. A assistência pré-natal caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações, de caráter preventivo e educativo, mantidas através do contato frequente entre a gestante e os serviços de saúde. Essas ações permitem o rastreamento dos casos de alto risco e a intervenção precoce nos problemas que afetam a gravidez, mas não têm a capacidade de impedir complicações durante o parto (BRASIL, 2005).

Historicamente no Brasil a questão do acompanhamento pré-natal é algo considerado novo, mesmo com avanço da tecnologia e ampliação de serviços públicos a cobertura da assistência pré-natal no Brasil ainda é baixa, apesar de vir aumentando nas últimas décadas. O percentual de mulheres da zona rural que não realizam o pré-natal é alto. Há também grande diferença na cobertura segundo regiões geográficas (CARDOSO; MENDES; VELÁSQUEZ-MELÉNEZ, 2013).

O principal objetivo da pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez (período de mudanças físicas e assistência emocionais), que cada gestante vivencia de forma distinta. O controle pré-natal, segundo recomendações de órgãos oficiais de saúde, deve ter início precoce, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica e estar integrado com as demais ações preventivas e curativas. Além disso, deve ser observado um número mínimo de consultas. Seu sucesso depende, em grande parte, do momento em que ele se inicia e do número de consultas realizadas. Tendo por objetivo central reduzir a morbidade e mortalidade,

tanto materna quanto infantil, o programa de pré-natal caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações preventivas e educativas e, por meio do contato frequente e planejado da gestante com os serviços de saúde, no rastreamento de gestantes de alto risco e intervenção precoce nos problemas que afetam a gravidez.

No ano de 2000 foi instituído, pelo Ministério da Saúde, O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento através da Portaria/GM n.o 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. O objetivo principal do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

A humanização como política refere-se à valorização dos diferentes atores sociais envolvidos no processo de produção de saúde e objetiva resgatar o respeito à vida humana considerando-se as circunstâncias socioculturais, éticas educacionais e psíquicas que permeiam os relacionamentos humanos. Dessa forma, como política transversal, a humanização “supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupa da produção da saúde” (BRASIL, 2004, p. 7).

Nesse contexto, Horta (1979), informa que hoje é possível compreender que o ser humano é parte integrante do universo dinâmico, por isso, está sujeito a todas as leis que o regem e recebe suas influências no tempo e no espaço. Entende-se, também, que o ser humano possui unicidade, autenticidade e individualidade e é um agente de mudança ambiental, social e cultural. Segundo a autora, em decorrência da integração do homem ao universo e de sua atuação como agente de mudança, o ser humano causa a si próprio estados de equilíbrio e desequilíbrio. Dessa forma, os estados de equilíbrio são estados de tensão que mantêm a saúde e o desequilíbrio são estados de tensão geradores de necessidades que, se não forem atendidas ou atendidas inadequadamente, produzem doenças. Estar com saúde é, portanto, estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.

As necessidades humanas básicas “são estados de tensão conscientes ou inconscientes que resultam dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais” (HORTA, 1979, p. 39). São sinais e sintomas comuns a todos os seres humanos e decorrem da interação entre o meio interno e o meio ambiente. Essas necessidades podem ser verbalizadas ou não e a diferença entre elas é percebida observando-se o modo como se manifestam e como são satisfeitas. Diversos fatores podem interferir para a manifestação e/ou satisfação dessas necessidades como idade, sexo e as condições ambientais, econômicas, sociais e

culturais.

Em termos acadêmicos, as necessidades humanas podem ser hierarquizada em níveis dentre os quais destacamos a classificação proposta por Wanda Horta, conforme o quadro abaixo, cujos níveis receberam as denominações sugeridas por João Mohana: necessidades psicobiológicas; necessidades psicossociais e, necessidades psicoespirituais.

Quadro 1. - Classificação das Necessidades Humanas Básicas

Necessidades Psicobiológicas	Necessidades Psicossociais	Necessidades Psicoespirituais
Oxigenação. Hidratação. Nutrição. Eliminação. Sono e repouso. Exercícios e atividades físicas. Sexualidade. Abrigo. Mecânica corporal. Motilidade. Cuidado corporal. Integridade cutaneomucosa. Integridade física. Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular e vascular. Locomoção. Percepção: olfativa, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa e visual. Ambiente. Terapêutica.	Segurança. Amor. Liberdade. Comunicação. Criatividade. Aprendizagem (educação). Gregária. Recreação. Lazer. Espaço. Orientação (tempo e espaço). Aceitação. Auto-realização. Auto-estima. Participação. Auto-imagem. Atenção.	Religiosa ou teológica. Ética ou de filosofia de vida.

Fonte: Horta, 1979 p.40.

As necessidades psicobiológicas, conforme Gouvea, 2007, são percebidas através de ações e reações involuntárias, expressas pelo comportamento humano e, que atendem às solicitações físicas e psicológicas do organismo para manter a homeostase. As necessidades do nível psicossocial são expressas através de instintos psicossociais destacando-se, entre outros, a necessidade de conversar, de afirmar-se diante dos outros, de tornar seus valores visíveis, de conviver socialmente, sentir-se amado e aceito. Finalmente, as necessidades psicoespirituais, são expressas através da tendência de questionamentos que conduzam a reflexões sobre o sentido da vida e sobre os limites e mistérios da vivência neste mundo (GOUVEA, 2007).

Durante todo o ciclo de vida as pessoas têm as mesmas necessidades básicas, no entanto, a natureza e importância dessas necessidades para o bem-estar individual variam de acordo com a idade e o estágio de desenvolvimento físico e psicossocial de cada pessoa. (GOUVEA, 2007).

Segundo Horta (1979) os hábitos retratam com maior precisão as condições psicossociais e psicoespirituais e podem ser condicionantes para as condições psicobiológicas. Os hábitos englobam:

- Meio ambiente: refere-se às condições de moradia, saneamento básico, iluminação, combustível de uso doméstico (gás, carvão, lenha), mobilidade urbana, veículos de comunicação e as condições ambientais do bairro.
- Cuidado corporal: abrangem higiene corporal e oral; banhos corte de unhas, cabelos e pelos, higiene íntima, uso produtos de higiene e cuidado pessoal.
- Eliminação: são informações referentes aos hábitos de evacuação intestinal e urinária e aos hábitos e tabus em relação à menstruação.
- Alimentação: abrangem informações sobre dietas, ingestão de alimentos sólidos e líquidos; horários, frequência, preferência, intolerância, quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos.
- Sono e repouso: são os hábitos relacionados a essas funções.
- Exercícios e atividades físicas: refere-se aos hábitos de sedentarismo ou de atividade física e prática esportiva.
- Atividade sexual: essa informação deve ser obtida respeitando-se os tabus culturais.
- Recreação: Hábitos de lazer e recreação.
- Participação na vida familiar: refere-se ao status e papéis desempenhados no grupo familiar; à comunicação e aos hábitos sociais em relação à família.
- Participação na vida religiosa: refere-se à importância da religião para o paciente; sua prática religiosa e o papéis desempenhados na comunidade religiosa.
- Participação na vida comunitária: Hábitos sociais e cívicos, o status e os papéis desempenhados na vida comunitária.
- Participação na vida profissional: Hábitos relacionados ao trabalho, status e papéis que desempenha.
- Manutenção da saúde: informa a periodicidade de exames médicos e odontológicos e das imunizações.

O exame físico permite avaliar as necessidades psicobiológicas (HORTA, 1979).

Segundo a autora no exame físico deve avaliar-se:

- Condições gerais: estado geral do paciente, suas condições do vestuário, expressão facial, condições mentais e de locomoção, peso, altura, dependência química (fumo, álcool e/ou drogas) e alergia entre outros que se fizerem necessários.
- Sinais vitais: informa sobre frequência e características do pulso; respiração, temperatura e tensão arterial.
- Condições físicas: postura e aparelho locomotor; revestimento cutâneo-mucoso e termoregulação; aparelho cardíaco-respiratório; sistema digestivo, aparelho urogenital, órgãos de sentido. Nessa etapa do levantamento de dados considerou-se necessário a inclusão de exame Gineco-obstétrico que inclui exame clínico das mamas; palpação obstétrica; identificação da situação e apresentação fetal; medida da altura uterina; ausculta dos batimentos cardíacos fetais; inspeção dos genitais externos e, exame especular e toque vaginal.
- Queixas do paciente.
- Problemas não identificados.

Os Problemas de Saúde é o item que deve averiguar a percepção do paciente sobre o próprio estado de saúde, as causas, suas expectativas, o significado doença-hospital-equipe de saúde; seu histórico de doenças, seus medos e preocupações. Além disso, devem-se obter informações sobre resultados de exames laboratoriais de interesse para a enfermagem.

O item Observação do Paciente no Hospital deve ser obtido em caso de haver hospitalização ou para acompanhamento da evolução do paciente quando internado. Essas informações referem-se ao ajustamento do paciente ao hospital, aos colegas, à equipe de enfermagem, à equipe de saúde, à alimentação e necessidades sentidas.

O rol de necessidades humanas básicas serve de referencial para a busca da humanização dos serviços de assistência à saúde. “A humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, leva em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo” (BRASIL, 2004, p. 8). O autor informa, também, que a humanização é efetivada através da adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, das atitudes de corresponsabilidade entre esses sujeitos, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão.

Nesse contexto, Brasil (2005) informa que a assistência de qualidade e humanizada no pré-natal depende da provisão dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos ne-

cessários atenção pré-natal, assistência ao parto, ao recém-nascido e ao período puerperal, com estabelecimento de critérios mínimos para o funcionamento das maternidades e unidades de saúde. Informa, ainda, que a assistência de qualidade e humanizada no pré-natal depende do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos que garantam privacidade, autonomia e compartilhamento com a mulher e sua família das decisões sobre as condutas a serem adotadas. Finalmente, depende da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias.

Para Horta (1979), a assistência em enfermagem perpassa o fazer ao ser humano aquilo que ele não consegue fazer por si próprio; o auxílio quando há impossibilidade de autocuidado e, a orientação ou ensino, a supervisão e o encaminhamento a outros profissionais. Nesse contexto, a autora infere que as funções do enfermeiro abrangem três campos distintos de atuação. O específico, quando assiste ao ser humano; o social através do ensino, pesquisa administração e envolvimento político de classe e, o campo da interdependência quando mantém, promove e recupera a saúde.

Dessa maneira, as atividades de enfermagem são desenvolvidas através de um conjunto sequencial e específicos de ações fundamentadas cientificamente e expressas num protocolo de trabalho chamado de processo de enfermagem ou sistematização da assistência de enfermagem.

O processo de enfermagem é uma estrutura organizacional, criativa, sendo construído de um referencial para a execução dos cuidados de enfermagem, flexível o suficiente para se utilizada em qualquer segmento de prestação de cuidados de enfermagem (preventiva, curativa, reabilitação, ensino, pesquisa e administração). (CYRILLO; DALRI; CRISTINA, 2005, p. 55).

A Resolução do COFEN 358/2009 dispõe, no seu artigo 2º, sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

- 1- Coleta de dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem – processo sistemático e contínuo que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.
- 2- Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa. Constitui a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais

se objetiva alcançar os resultados esperados. O diagnóstico orienta a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem e representam com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença.

3- Planejamento de Enfermagem – consiste na determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas em decorrência das informações contidas no diagnóstico.

4- Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

5- Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo que objetiva verificar mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, que permitam fazer uma estimativa do resultado das ações ou intervenções de enfermagem e verificar a necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

O instrumento para coleta de dados atualmente vem sendo discutido, reformulado e adaptado às várias realidades investigadas. Mas, sua construção e consolidação é um processo que demanda tempo e estudos, visando inseri-lo na prática assistencial como instrumento indispensável no auxílio do cuidar. (SILVA, 2004 apud GOUVEA, 2007, p. 40).

3. METODOLOGIA

O presente artigo consiste numa pesquisa do tipo metodológica. Segundo POLIT e HUNGLER (1999) esse tipo de pesquisa é voltado à investigação de métodos de obtenção, organização e análise dos dados através da elaboração, validação e avaliação de técnicas e instrumentos de pesquisa. Foi realizado em duas fases: 1ª a identificação dos fatores relacionados ao atendimento das necessidades básicas no pré-natal realizada mediante revisão bibliográfica. 2ª estruturação da ficha a partir da identificação feita na primeira fase. A seguir, descrever-se detalhadamente cada etapa e os resultados encontrados.

Na primeira fase buscou-se a identificação dos fatores relacionados ao atendimento das necessidades básicas no pré-natal. Para isso foi feita uma revisão bibliográfica sobre a política de humanização da saúde no pré-natal; sobre as necessidades humanas básicas proposta por Wanda Horta, além de estudo sobre a Sistematização da Assistência de enfermagem-SAE priorizando-se as informações sobre os instrumentos de coleta de dados. Foram consultados nessa pesquisa livros, monografias, dissertações, artigos de revistas e periódicos impressos e on-line; leis do Ministério da Saúde e Resoluções do COFEN. Fez parte, também, da primeira fase da pesquisas, um estudo sobre as fichas para coleta de dados no pré-natal disponibilizadas pelos órgãos públicos de saúde, visando obter orientação sobre questões a serem abordadas numa entrevista, que vise obter um histórico criterioso que conduza à humanização do atendimento de enfermagem.

Nesse trabalho optou-se pela familiarização com os fatores relacionados às condições psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais elencadas por Horta (1979). Assim, foram consideradas relevantes a orientação sobre a organização do instrumento de coleta de dados. Para a referida autora, o histórico deve ser dividido em seis partes: identificação, hábitos, exame físico, problemas de saúde, observação do paciente no hospital e conclusões.

Os dados de identificação devem conter informações pessoais detalhadas que permitam além da identificação, a comunicação entre paciente e unidade de saúde e, entre unidade de saúde e familiares do paciente. Esses dados devem nome completo e por extenso, idade; estado civil, convivência familiar, filhos e respectivas idades; endereço completo, telefone, celular, e-mail; nacionalidade, procedência; profissão, ocupação, grau de instrução; renda pessoal e familiar, além de informações de ordem psicossocial e psicoespiritual.

Após a listagem dos fatores relacionados ao atendimento das necessidades básicas necessários à construção de um instrumento de coleta de dados teve início a segunda fase da pesquisa. Sendo assim, a segunda fase do trabalho teve início com o estudo comparativo de

fichas destacando-se o Prontuário de Acompanhamento da Gestação – Mãe Paulistana, disponibilizada pela Prefeitura da cidade de São Paulo cujos itens apontam para uma preocupação com o atendimento humanizado e apresentam similaridade com as orientações propostas por Horta.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise comparativa entre os dois referenciais sobre fichas de acompanhamento de enfermagem foi produzido um instrumento de coleta de dados composto por uma série de fichas para registro da enfermagem no acompanhamento do pré-natal. As fichas compõem o histórico da gestante e contêm questionários que permitem ao enfermeiro acompanhar a mulher em seu período gestacional, orientar sobre as tomadas de decisões quanto aos exames clínicos solicitados e orientações de suplementação nutricional, além de permitir o registro das observações feitas nos exames gineco-obstétrico, a avaliação geral e de risco gestacional além do parecer e conduta do enfermeiro em cada consulta.

Quanto às informações obtidas elas são caracterizadas como informações de caráter permanente e informações de caráter mutável. As informações sobre os dados psicossociais e psicoespirituais e os dados psicobiológicos referentes aos antecedentes pessoais gerais, antecedentes familiares, antecedentes ginecológicos, sexualidade e antecedentes obstétricos são considerados de caráter permanente, por esse motivo, esses dados devem ser obtidos apenas na primeira consulta. As demais informações consideradas de caráter mutável devem ser obtidas em cada consulta para compor o histórico da gestante no dia da consulta.

Na construção desse instrumento de coleta de dados de enfermagem, voltada para as necessidades da gestante, foi levada em consideração a relevância das decisões clínicas que os enfermeiros precisam tomar ao longo do acompanhamento pré-natal. Nesse sentido, as fichas foram organizadas de modo que as informações obtidas pudessem favorecer o processo de comunicação e raciocínio clínico e pudessem ser significativas não apenas para o enfermeiro, mas também para o paciente, sua família e para a equipe multidisciplinar que cuidará da gestante.

Visando retratar o referencial teórico adotado no estudo, a especificidade da clientela assistência e tornar o histórico do processo de enfermagem um instrumento significativo para o cuidado no pré-natal, foram incluídos como necessários: registro das informações contidas nos exames sanguíneos solicitados; resultados dos ultrassons realizados; quadro de anomalias detectadas e de risco gestacional; gráfico de acompanhamento nutricional da gestante; tabela de imunização, além das informações da consulta do puerpério e dados do recém-nascido, conforme apresentamos abaixo.

FICHA REGISTRO DA ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL			
Unidade de Referência _____		US _____	Natal-RN _____
Data: ____/____/____		Prontuário: ____/____	
Nº SISPRENATAL: _____			
Cartão do SUS: _____			
Enfermeira Responsável: _____		Nº COREN: _____	
DADOS DA GESTANTE/ DADOS PSICOSSOCIAIS E PSICOESPIRITUAIS			
Gestante			
Nome da Mãe da Gestante: _____			
Data Nascimento: ____/____/____		Idade: ____ anos	PSF: Área: _____ Microárea: _____
Local Nascimento (Cidade e Estado) _____			
Há quanto tempo mora em Natal? ____ anos ____ meses			
Endereço Atual: _____		Bairro: _____	
Município: _____		UF: _____ CEP: _____	
Telefone: _____		Celular: _____	
E-mail: _____		Recados: _____	
Identidade: _____		Órgão emissor: _____	
São: ____/____/____ CPF: _____		Passaporte: _____ Outros dados: _____	
Naturalidade: _____		Nacionalidade: _____	
Raça/Cor Informada: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Não identificada			
Escolaridade: ☐ Analfabeto ☐ Ensino Fundamental ☐ Ensino Médio Incompleto ☐ Ensino Médio Completo ☐ Graduação			
☐ Graduação incompleta ☐ Pós- Graduação ☐ Mestrado			
Situação Familiar:			
☐ Convive com companheiro e filho(s) ☐ Convive com companheiro com laços conjugais e sem filhos			
☐ Convive com companheiro com filho(s) e/ou outro(s) familiares ☐ Convive com familiares / sem companheiro			
☐ Convive com outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais ☐ Vive só ☐ Sem Informação			
OBS: _____			
Estado Civil: ☐ Casada ☐ Solteira ☐ União estável ☐ Separada/Divorciada ☐ Viúva			
Trabalha fora de casa? ☐ Sim ☐ Não Ocupação: _____			
Profissão: _____ Empresa: _____			
Turno: Matutino ☐ Vespertino ☐ Noturno ☐ Horas de Trabalho: ____ horas/dia			
Renda Familiar: R\$ _____ Pessoas vivendo com esta renda: _____			
Status Familiar: Chefe de família: ☐ Sim ☐ Não Ajuda financeiramente os familiares: ☐ Sim ☐ Não			
Realiza esforço físico no trabalho? ☐ Sim, Esforço Normal ☐ Sobrecarga ☐ Não			
Exposição a Estresse:			
- Emocional: Sim ☐ Não ☐ Violência Física: Sim ☐ Não ☐ Violência Verbal: Sim ☐ Não ☐ Nenhum			
- Físicos qual?: ☐ Barulho ☐ Calor ☐ Frio ☐ Insolação ☐ Umidade ☐ Radiação			
- Químicos: ☐ Inseticidas ☐ Fumaça ☐ Combustíveis ☐ Poeira ☐ Tintas ☐ Metais pesados ☐ Biológicos ☐ Fungos ☐ Bactérias			
☐ Lixo			
Quanto Tempo em contato: _____			
Local do Trabalho: _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Município: _____		UF: _____ CEP: _____	
Mobilidade Urbana: ☐ À pé ☐ Bicicleta ☐ Automóvel Próprio ☐ Transporte Público			
Distância da Moradia/ Trabalho: Próximo ☐ Distante ☐ Muito distante ☐			
Distância da Moradia/Unidade de Saúde: Próximo ☐ Distante ☐ Muito distante ☐			
Condições de Moradia: Própria ☐ Alugada ☐ Cedida ☐ ampla ☐ apertada ☐ Com quintal: ☐ Sim ☐ Não			
Tipo: _____ Nº Cômodos: _____ Energia Elétrica: ☐ Sim ☐ Não Água Saneada: ☐ Sim ☐ Não			
Condições do Bairro: Água Saneada: ☐ Sim ☐ Não Eletricidade: ☐ Sim ☐ Não Calçamento: ☐ Sim ☐ Não			
Transporte público: ☐ Sim ☐ Não Unidade de Saúde: ☐ Sim ☐ Não			
Participação na Vida Comunitária: Conselhos Comunitário ☐ Tutelar ☐ Escolar ☐ Clubes ☐ Outros: _____			
Participação na Vida Profissional: Participa das atividades sociais da empresa: ☐ Sim ☐ Não			
Participa de Entidades de Classe: ☐ Sindicato ☐ Conselhos ☐ Outros: _____			
Religião e Vida Religiosa:			
☐ Sem religião ☐ Católico não praticante ☐ Católico Praticante ☐ Budista ☐ Muçulmano ☐ Espírita;			
☐ Evangélico não praticante ☐ Evangélico praticante ☐ Religião de origem Africana			
Papel na comunidade religiosa: _____			
Grupos Étnicos – Filósofos – ONGs:			
ONGs: ☐ Sim ☐ Não Qual? _____			
Partidos Políticos: ☐ Sim ☐ Não			
Grupos Étnicos: ☐ Índios ☐ Ciganos ☐ Quilombolas ☐ Outros: _____			

2 DADOS PSICOBIOLOGICOS**2.1 ANTECEDENTES PESSOAIS GERAIS**

Condição Prévia de Saúde:

☐ Hipertensão Arterial Crônica☐ Doenças da tireóide e outras endocrinopatias☐ Diabetes Mellitus Qual? () 1 () 2 Insulinodependente: _____ Insulina/Horário: _____☐ Cardiopatias (inclusive doença de Chagas)☐ Doenças Renais Crônicas☐ Anemia, qual? _____☐ Tabagismo/ Se Ex- tabagista, quanto tempo parou? _____☐ Álcool / Se é Ex-Alcoolatra, quanto tempo parou? _____☐ Câncer/Tipo: _____ Tratamento: ☐ em tratamento ☐ curada

Data de Início TTT: ____/____/____ Término TTT: ____/____/____ Hospital: _____

☐ Drogas Ilícitas Qual? _____ Tempo: _____ Abstinência: _____☐ Infecção Urinária☐ Infertilidade☐ Cirurgia Pélvico-uterina☐ Rubéola☐ Malária☐ Hanseníase: ☐ em tratamento ☐ curada

Data de Início TTT: ____/____/____ Término TTT: ____/____/____ Hospital: _____

☐ Tuberculose, Tipo: _____ TTT: ☐ em tratamento ☐ curada

Data de Início TTT: ____/____/____ Término TTT: ____/____/____ Hospital: _____

☐ Hepatites, _____ qual? _____

TTT: _____

☐ Varicela☐ Má formação☐ DST /Qual: _____ TTT: _____ Cura: _____☐ Portadora de infecção pelo HIV. Tempo: _____ Uso de antirretrovirais: _____

Esquema utilizado: _____

☐ ITU, TTT: ____/____/____☐ Doença neurológica e psiquiátrica☐ Cirurgia, tipo: _____ data: ____/____/____☐ Transfusões de sangue☐ Alergia alimentar, qual? _____☐ Alergia medicamentosa, qual? _____☐ Uso de medicação: _____**2.2 ANTECEDENTES FAMILIARES**☐ Hipertensão Arterial Sistêmica;☐ Diabetes Mellitus: 1 ☐ 2 ☐ Grau de Parentesco: _____☐ Malformações congênitas e anomalias genéticas, Grau de Parentesco: _____☐ Gemelaridade, Grau de Parentesco: _____☐ Câncer/Tipo: _____ Tratamento: ☐ em tratamento ☐ curada ☐ Óbito

Data de Início TTT: ____/____/____ Término TTT: ____/____/____ Hospital: _____

☐ Câncer de Mama e/ou do colo uterino, Grau de Parentesco: _____Tipo: _____ Tratamento: ☐ em tratamento ☐ curada ☐ Óbito

Data de Início TTT: ____/____/____ Término TTT: ____/____/____ Hospital: _____

☐ Hanseníase, Grau de Parentesco: _____ Tipo: _____Tratamento: ☐ em tratamento ☐ curada ☐ Óbito; Data de Início TTT: ____/____/____ Término TTT: ____/____/____

Hospital: _____

☐ Tuberculose, Tipo: _____ Grau de Parentesco: _____Tratamento: ☐ em tratamento ☐ curada ☐ Óbito; Data de Início TTT: ____/____/____ Término TTT: ____/____/____

Hospital: _____

☐ Doença de Chagas, Grau de Parentesco: _____☐ Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.☐ Outros: _____

2.3 ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Ciclo menstrual: Regular: _____ Duração: _____ Início da atividade Sexual: _____
 Uso de anticoncepcional: _____ Qual? _____ Tempo de uso: _____
 Motivo de abandono: _____ Infertilidade e esterilidade: _____ TTT: _____
 DST/Qual: _____ TTT: _____ Cura: _____
 Outra doença: Qual: _____ TTT: _____ Cura: _____
 Realiza exames de sangue sorológicos junto com o parceiro: ☐ sim ☐ não
 Cirurgia Ginecológica: _____ Idade: _____ Motivo: _____
 Malformações uterinas: _____
 Mama, alguma patologia: _____ TTT: _____
 Último preventivo, data: ____/____/____, Resultado: _____ TTT: _____

2.4 SEXUALIDADE

Início da atividade sexual: _____
 Violência sexual: ☐ sim ☐ não Dispareunia: ☐ sim ☐ não
 Prática sexual na gestação atual ou em gestações anteriores: ☐ sim ☐ não
 Motivo: _____
 Número de parceiros da gestante e de seu parceiro em época recente ou pregressa: _____
 Uso de preservativos masculinos e/ou femininos: ☐ uso correto ☐ uso habitual ☐ não usa

2.5 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme: () gestações
 Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, por fórceps, cesáreas – indicações): _____
 Número de abortamentos (incompletos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, relato de insuficiência istmo-cervical, história de curetagem pós-abortamento): _____
 Número de filhos vivos: _____
 Idade na primeira gestação: _____
 Intervalo entre as gestações: ____/____/____/____/____/____/____
 Isoimunização Rh: _____
 Número de recém-nascidos: () pré-termo (antes da 37ª semana de gestação () pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação)
 Número de recém-nascidos: () baixo peso (menos de 2.500kg) () com mais de 4.000Kg
 Número de recém-nascidos prematuros ou pequenos para a idade gestacional: _____
 Mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida: _____ gestações Motivo: _____
 Natimortos: () morte fetal intrauterino e idade gestacional em que ocorreu: _____
 Recém-nascidos com: ☐ icterícia ☐ transfusão sanguínea ☐ hipoglicemia
 Intercorrências ou complicações em gestações anteriores, especificar: _____
 Complicações no puerpério, descrevê-las: _____
 Histórias de aleitamento anteriores: _____
 Duração: _____ Motivo do desmame: _____

2.6 GESTAÇÃO / GRAVIDEZ ATUAL

Data Última Menstruação (DUM): ____/____/20____ Certeza () Dúvida ()
 Data Provável do Parto (DPP): ____/____/20____ Idade Gestacional (IG): _____ semanas
 Peso prévio: _____ Kg Altura: _____ cm
 Medicamentos utilizados na gestação atual: _____
 Tipo de aborto: ☐ Completo ☐ Incompleto ☐ Provocado ☐ Infectado Ano: _____ Motivo: _____
 Curetagem: ☐ sim ☐ não Maternidade: _____
 Gravidez planejada: ☐ sim ☐ não
 Aceitação da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente: ☐ sim ☐ não
 Gestante com fraca rede de suporte social: ☐ sim ☐ não
 Internação durante a gestação atual: ☐ sim ☐ não, Motivo: _____
 Psicologicamente: ☐ Depressão ☐ Abalada ☐ Normal
 Sinais e sintomas na gestação em curso: _____
 Hábitos alimentares: saudáveis () não saudáveis ()
 Uso de preservativos masculinos e/ou femininos: Uso correto () Uso habitual ()
 CONDIÇÃO VACINAL –
 • dT: ☐ Imune ☐ 1ª dose data: ____/____/____ ☐ 2ª dose data: ____/____/____ ☐ Reforço data: ____/____/____
 • H1N1: ☐ Imune
 • Hepatite B: ☐ Imune ☐ 1ª dose data: ____/____/____ ☐ 2ª dose data: ____/____/____ ☐ Reforço data: ____/____/____
 • Hepatite A: ☐ Imune ☐ 1ª dose data: ____/____/____ ☐ 2ª dose data: ____/____/____ ☐ Reforço data: ____/____/____
 Outra Vacina: _____ ☐ Imune ☐ 1ª dose data: ____/____/____ ☐ 2ª dose data: ____/____/____ ☐ Reforço data: ____/____/____
 Pretende amamentar? ☐ Sim ☐ Não, motivo: _____

2.7 AVALIAÇÃO DE RISCOS GRAVÍDICOS POTENCIAIS

☐ Idade < 16 anos ☐ Idade > 40 anos ☐ Estatura <145 cm ☐ Peso < 45 Kg ☐ Peso > 90 Kg ☐ Grande múltipara
☐ Abortos ☐ Natimorto
☐ Diabética ☐ Hipertensa ☐ Tabagista ☐ Consumo álcool/drogas
☐ Baixa Renda Familiar ☐ Baixa Escolaridade ☐ Ocupação oferece risco

3 DADOS ATENDIMENTO

1. Data: ____/____/____ Peso: ____ kg Estatura: ____ cm IMC: ____ PA : ____ / ____ mmHg
2. Data: ____/____/____ Peso: ____ kg Estatura: ____ cm IMC: ____ PA : ____ / ____ mmHg
3. Data: ____/____/____ Peso: ____ kg Estatura: ____ cm IMC: ____ PA : ____ / ____ mmHg
4. Data: ____/____/____ Peso: ____ kg Estatura: ____ cm IMC: ____ PA : ____ / ____ mmHg
5. Data: ____/____/____ Peso: ____ kg Estatura: ____ cm IMC: ____ PA : ____ / ____ mmHg
6. Data: ____/____/____ Peso: ____ kg Estatura: ____ cm IMC: ____ PA : ____ / ____ mmHg
7. Data: ____/____/____ Peso: ____ kg Estatura: ____ cm IMC: ____ PA : ____ / ____ mmHg
8. Data: ____/____/____ Peso: ____ kg Estatura: ____ cm IMC: ____ PA : ____ / ____ mmHg
9. Data: ____/____/____ Peso: ____ kg Estatura: ____ cm IMC: ____ PA : ____ / ____ mmHg
10. Data: ____/____/____ Peso: ____ kg Estatura: ____ cm IMC: ____ PA : ____ / ____ mmHg
11. Data: ____/____/____ Peso: ____ kg Estatura: ____ cm IMC: ____ PA : ____ / ____ mmHg
12. Data: ____/____/____ Peso: ____ kg Estatura: ____ cm IMC: ____ PA : ____ / ____ mmHg

Obs: _____

4 GESTAÇÃO ATUAL

Bhcg: ☐ sim ☐ não Data: ____/____/20____ Gravidez Planejada: ☐ sim ☐ não
Modificações Gestacionais: ☐ Estrias gravídicas ☐ Linha Alva ☐ Cloasma Gravídico ☐ Aréolas mamárias ☐ Dispneia fisiológica ☐ Síndrome da Hipotensão Supina ☐ Desejos ☐ Sinal de Hunter (aréola)- 20 sem aumento da vascularização cutânea (Rede de Haller); ☐ Tubérculos de Montgomery -8 sem ☐ aparecimento do colostro (16 sem) ☐ aumento da vascularização, elasticidade e coloração violácea (Sinal de kluge); ☐ Vulva (mudança na coloração (Sinal de Jacquemier ou Chadwick) ☐ Amolecimento do Istmo Cervical (8 sem) : Sinal de Hegar
☐ Impulsão do feto com os dedos: compressão no fundo de saco anterior: Sinal de Puzos (14 sem)
☐ Sinal de Nobile-Budin: compressão combinada: toque e palpação profunda dos fundos de saco laterais.
☐ Sinal de Piskacek: útero abaulado e amolecido (forma assimétrica).
☐ Colo do útero: arroxeado e amolecido (Sinal de Goodell)
☐ Ligamento redondo palpável: Sinal de Frommel
☐ Tonalidade violácea (S. de Jacquemier), podendo ocorrer hiperpigmentação extensiva ao períneo.
Queixas: ☐ Pirose ☐ Dor em baixo-ventre ☐ Alterações urinárias ☐ Sangramento ☐ Leucorréia ☐ Constipação ☐ Gengivite
☐ Sialorréia ☐ Eructação ☐ Flatulência ☐ Hemorróida ☐ Lordose compensatória ☐ Mastalgia ☐ Palpitação ☐ Edema ☐ Ameaça de aborto ☐ Irritabilidade ☐ Melancolia ☐ Marcha anserina ☐ Outras: _____
Intercorrelações clínicas mais frequentes: ☐ Hiperêmese ☐ Síndromes Hemorrágicas (• Primeira metade abortamento, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional. • Segunda metade –placenta prévia (PP), descolamento prematuro da placenta (DPP) ☐ Anemia (ferropriva, megaloblástica, falciforme, talassemia, microangiopática) ☐ Hipertensão Arterial na gestação e eclampsia ☐ Hipertensão Arterial Crônica (• HAC Leve – PAD ≥ 90 mmHg e < 100 mmHg. • HAC Moderada – PAD ≥ 100 mmHg e < 110 mmHg. • HAC Grave – PAD ≥ 110 mmHg) ☐ Diabetes Mellitus na gestação (DMG) ☐ Hepatite B ☐ Toxoplasmose ☐ Infecção do trato urinário (ITU) ☐ Sífilis ☐ Infecção por HIV ☐ Trabalho de Parto Prematuro (TPP) ☐ Gestação Prolongada ☐ Varizes e tromboembolismo ☐ Parasitoses intestinais ☐ Epilepsia
☐ Amniorrexe prematura

5 EXAMES SOLICITADOS

☐ Hemograma completo;
☐ Tipagem sanguínea e fator Rh;
☐ Coombs indireto (se for Rh negativo);
☐ Glicemia de jejum;
☐ Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR;
☐ Teste rápido diagnóstico anti-HIV;
☐ Anti-HIV;
☐ Toxoplasmose IgM e IgG;
☐ Citomegalovírus IgM e IgG;
☐ Sorologia para Hepatite B (HbsAg);
☐ Creatinina;
☐ Uréia
☐ Exame de Urina I e II;
☐ Urocultura;
☐ Ultrassonografia obstétrica, com a função de verificar a idade gestacional;
☐ Citopatológico de colo de útero (se necessário);
☐ Exame da secreção vaginal;
☐ Parasitológico de fezes;
☐ Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica)
☐ Outros _____

6 EXAME FÍSICO ESPECÍFICO (gineco-obstétrico)Peso: _____ Kg Determinação do peso: ☐ normal ☐ anormalEstatura: _____ cm, Determinação da altura: ☐ normal ☐ anormal

IMC: _____

☐ Baixo peso (<18,5) ☐ Peso adequado(18,5-24,9) ☐ Sobrepeso(25-29,9) ☐ Obesidade (≥30)

PA: _____/_____ mmHg

P/FC: _____ bpm Ritmo: ☐ Regular ☐ IrregularVolume: ☐ Forte e cheio ☐ Fraco e fino ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ NormalFR: _____ mrm Ritmo: ☐ Regular ☐ IrregularFrequência: ☐ Eupnéia ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Normal Amplitude: _____.Temperatura corporal axilar: _____ °C ☐ Normotermia ☐ Hipertermia ☐ HipotermiaDor: _____ Escala Qualitativa: ☐ Sem dor ☐ Dor ligeira ☐ Dor moderada ☐ Dor intensa ☐ Dor máxima☐ CHEAAA: Corado, Hidratado, Eupnéico, Anictérico, Acianótico e Afebril.Idade Gestacional (semanas): _____ ☐ Até 14 semanas ☐ 14 a 28 semanas ☐ 29 a 42 semanas

Batimento Cardíaco Fetal: _____ bpm.

Exame Clínico: Normal ☐ Sim ☐ Não.Exame Ginecológico: Inspeção dos genitais externos: ☐ normal ☐ patológico, qual? _____Exame citológico: ☐ normal ☐ inflamatório ☐ patológico ☐ não realizado, qual? _____Toque vaginal: ☐ Sim ☐ Não, motivo: _____Exame Clínico das Mamas: Normal ☐ Sim ☐ Não Tipo de Mamilo: ☐ Normal ☐ Pequeno ou Plano ☐ Comprido ☐ Protuso/Invertido

Achados Anormais: _____

Estado Geral: ☐ Bom Estado Geral (BEG) ☐ Regular Estado Geral (REG) ☐ Mau Estado Geral (MEG)Inspeção da pele e mucosas: ☐ Normocorada ☐ Hiperacorada ☐ Hipocorada

Palpação da tireóide, Região cervical, Supraclavicular e Axilar (Pesquisa de Linfonodos ou outras anormalidades):

☐ Gânglios não-palpáveis ☐ Gânglio palpáveis, Região: _____

Ausculta Cardiopulmonar: _____

Exame dos membros inferiores: ☐ normal ☐ anormal, Região: _____Pesquisa de edema: ☐ normal ☐ Presente: Membro: _____ Cacifo (1+/4+): _____, face: _____ Região sacra: _____

Higiene, Vestuário e Auto-cuidados: _____

Palpação obstétrica: situação: ☐ intrauterino ☐ longitudinal ☐ transversa, apresentação: ☐ cefálica ☐ pélvicaAltura Uterina: _____ cm. Mensuração uterina: ☐ normal ☐ anormalAusculta dos batimentos cardíofetais: ☐ presentes ☐ nãoRegistro dos movimentos fetais: ☐ sim ☐ não relatadoTeste de estímulo sonoro simplificado (Tess): ☐ sim ☐ não**7 AVALIAÇÃO GERAL**Orientação Odontológica: ☐ Não ☐ SimEncaminhamento: ☐ Não ☐ SimProblemas emocionais: ☐ Não ☐ Sim Cuidados especiais: _____Encaminhamentos: ☐ Não ☐ Sim, Qual? _____**8 SUPLEMENTAÇÃO**☐ Sulfato Ferroso ☐ Ácido Fólico ☐ Outra: _____

Motivo: _____

Prescrito por: _____

Data: _____/_____/20____

Obs: _____

9 RISCO GESTACIONALRisco Gestacional: ☐ Não ☐ Sim Gestação Múltipla: ☐ sim ☐ nãoEncaminhada para qual Serviço de Alto Risco: ☐ sim ☐ não

Data: _____/_____/20____

Obs: _____

10 PARECER E CONDUTA**Parecer:****Conduta:**

Assinatura da Enfermeira Responsável: _____

Conforme apresentamos, houve o cuidado com a estruturação do instrumento de coleta de dados, dessa forma, buscou-se tornar a coleta de dados um instrumento significativo para o cuidado no pré-natal através do fornecimento de informações que guiem decisões clínicas do enfermeiro, colaborem para a implementação de mudanças na forma de pensar a enfermagem e, também, contribua para a eficiência na condução da assistência de enfermagem.

5. CONCLUSÃO

A enfermagem deve estar atenta para as necessidades da gestante levando em consideração a relevância das decisões clínicas que os enfermeiros precisam tomar ao longo do acompanhamento do pré-natal.

As fichas devem ser organizadas de modo que as informações obtidas possam favorecer o processo de comunicação e raciocínio clínico e que tenham significado não apenas para o enfermeiro, mas também para a paciente, sua família e para a equipe multidisciplinar que cuidará da gestante. Dessa forma, as informações sobre os dados psicossociais e psicoespirituais e os dados psicobiológicos obtidos apenas na primeira consulta são imprescindíveis como referencial para as consultas posteriores no acompanhamento do pré-natal.

Para uma melhor assistência voltada à especificidade da clientela, orienta-se incluir mais registros relevantes, tornando a coleta de dados um instrumento significativo para o cuidado no pré-natal através do fornecimento de informações que guiem decisões clínicas do enfermeiro, colaborem para a implementação de mudanças na forma de pensar a enfermagem e, também, contribua para a eficiência na condução da assistência de enfermagem.

Acreditamos que o instrumento de coleta de dados apresentado contribuirá para a identificação das situações de saúde-doença da gestante e necessidades de cuidados de enfermagem durante o acompanhamento pré-natal. Acredita-se, também, que contribua para a promoção de um relacionamento interpessoal mais efetivo entre enfermeiros, gestantes e seus familiares. No entanto, as fichas, elaboradas a partir deste estudo, não devem ser consideradas definitivas, pois a dinâmica do atendimento individual poderá gerar a necessidade de ajustes que possam aprimorar a qualidade do cuidado de enfermagem.

Espera-se que as fichas que compõem o instrumento de coleta de dados possam contribuir para a uniformização a coleta de dados necessários à construção do histórico da saúde gestante e melhoria da sistematização da assistência de enfermagem durante o acompanhamento pré-natal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Humanização do parto:** Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização:** a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada - Manual Técnico. Brasília. Ministério da Saúde, 2005.

CARDOSO, Laís S. M.; MENDES, Larissa L.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, Gustavo. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. **REME** rev. min. enferm; 17(1):85-92, jan./mar. 2013.

COFEN. Conselho federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado do profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofn-3582009_4384.htm. Acesso: 16/08/2014.

CYRILLO, Regilene M. Zacareli; DALRI, Maria Célia B.; CRISTINA, Jane Aparecida. Construção e validação do instrumento de coleta de dados para a assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel avançado de vítimas de trauma. **Rev. RENE.** Fortaleza. v. 6, ano 2, p. 55 – 62, maio/agosto 2005.

GOUVEA. Juliana de Alencar. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley.** João Pessoa: UFPB, 2007.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil.** Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Número 25. Rio de Janeiro, 2009.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; RODRIGUES, Maria Socorro Pereira. **Comunicação e informação em Saúde no pré-natal.** Comunic, Saúde, Educ, v7, n13, p.109-18, ago 2003.

NOGUEIRA, Lílían D. P. **Caracterização da assistência pré-natal prestada por profissionais de enfermagem na atenção qualificada ao ciclo grávido-puerperal no município de Ribeirão Preto-SP.** Ribeirão Preto: USP, 2010.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem.** 5ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. **Ações educativas no pré-natal:** reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 12(2): 477 – 486. 2007.

SANTOS, Marcos Leite dos. **Humanização da assistência ao parto e nascimento.** Um modelo teórico. Florianópolis: UFSC, 2002. (Dissertação de Mestrado)

SÃO PAULO(Município). Secretaria Municipal da Saúde. Rede de Proteção à Mãe Paulistana. **Prontuário de acompanhamento da Gestação.** São. Paulo: SMS, 2007.

World Health Organization. WHO Programme to map best reproductive health practice. **WHO Antenatal Care Randomized Trial:** manual for the implementation of the new model. Geneva: World Health Organization; 2002.