

Cartão da Gestante

um redesign

UERJ Universidade do Estado do Rio de Janeiro
CTC Centro de Tecnologia e Ciências
ESDI Escola Superior de Desenho Industrial

Cartão da Gestante

um redesign

projeto final
Raquel Belo de Assis
orientação Zoy Anastassakis
2013

*"A maior de todas as virtudes é o amor.
Neste mundo que repousa sobre a força,
a tirania e a violência, tende como missão
seguir o caminho do amor; descobrireis assim
que o amor, desarmado, é a força mais
poderosa do mundo."*

Martin Luther King

Agradecimentos

Em primeiro lugar a Deus, por ter permitido entrar e sair da faculdade.

A toda a minha família, minha filha Rayssa, inspiração para este projeto. Minha mãe Orizethe que fez o curso junto comigo me dando muita força para continuar a superar o desafio de estudar na Escola Superior de Desenho Industrial, a ESDI.

A todos os meus colegas e amigos, professores e funcionários da ESDI.

Sumário

Agradecimentos	4
Introdução	7
Resumo	8
Abstract	9

Parte 1 - Conceituação

O projeto	11
Contextualização	12
Público-alvo	13
Objetivos	13
Justificativa	14

Parte 2 - Análise de similares e definições projetuais

Projetos Analisados	16
Locais visitados	23
Cartões analisados	27
Conteúdo	41
Linguagem visual	47

Parte 3 – Desenvolvimento

Projeto Gráfico	49
Elementos gráficos	50
Palheta de Cores	51
Escolha tipográfica	53
Composições	57
Grid	59
Gráfico	61
Tabela	63
Papel e formato	64
Ordem de leitura das informações	65

Parte 4 – Versão Final

Conceito	67
Páginação	68
Documentação Fotográfica	81
Desdobramento	85

Conclusão	86
------------------	----

Referências	87
--------------------	----

Cartão	88
---------------	----

DVD	90
------------	----

Introdução

O presente trabalho é fruto de uma busca pela compreensão da importância da maternidade na vida da mulher.

As mulheres que optam pela maternidade encaram isso como uma transformação radical em sua vida.

Nesta fase, a mulher grávida necessita de cuidados e atenção dos profissionais de saúde durante a gestação e pós-gestação.

Tendo em vista esses fatores, o desenvolvimento de instrumentos para o acompanhamento gestacional e seus registros são essenciais para atenção materno-infantil, beneficiando os profissionais e gestantes.

O presente projeto propõe um redesign do cartão da gestante ou cartão de pré-natal.

O cartão é o documento que contém todas as informações sobre a gravidez, que deve ser preenchido corretamente em todas as consultas, em intervenções hospitalares estando sempre com a gestante principalmente na hora do parto.

Aqui apresenta-se uma proposta de cartão como peça gráfica de um sistema maior com relevância social para a realidade do atendimento às gestantes nas instituições públicas no Brasil, mais precisamente no município do Rio de Janeiro.

Resumo

A partir do tema “Utopia” propomos a apresentação da maternidade como uma idealização de vida.

O trabalho consiste na criação, planejamento e desenvolvimento por meio do método de redesign de um material visual sobre o período gestacional ou pré-natal.

O projeto também abrange aos profissionais de saúde em relação ao acompanhamento da gravidez, do pré-natal para melhoria das informações contidas no cartão da gestante ou cartão pré-natal, além de fornecer a comunicação entre profissionais.

Destina-se a disseminar a importância da qualidade do acompanhamento e tratamento das mulheres e seus bebês atingindo o público gestantes e os profissionais.

Palavras-chave:

gestante, pré-natal, nascimento, saúde materno-infantil, cartão da gestante.

Abstract

From the theme "Utopia" propose the presentation of motherhood as an idealization of life.

The work consists of creating, planning and development through the redesign of visual material on the gestation or pregnancy.

The project also includes healthcare professionals in monitoring pregnancy, prenatal care, to improve the information contained in prenatal care or prenatal card, besides providing communication between professionals.

It aims to disseminate the importance of the quality of the monitoring and treatment of women and their babies reaching pregnant women professionals and the public.

Keywords:

pregnant, prenatal, birth, maternal and child health, prenatal care.



PARTE I

Conceituação

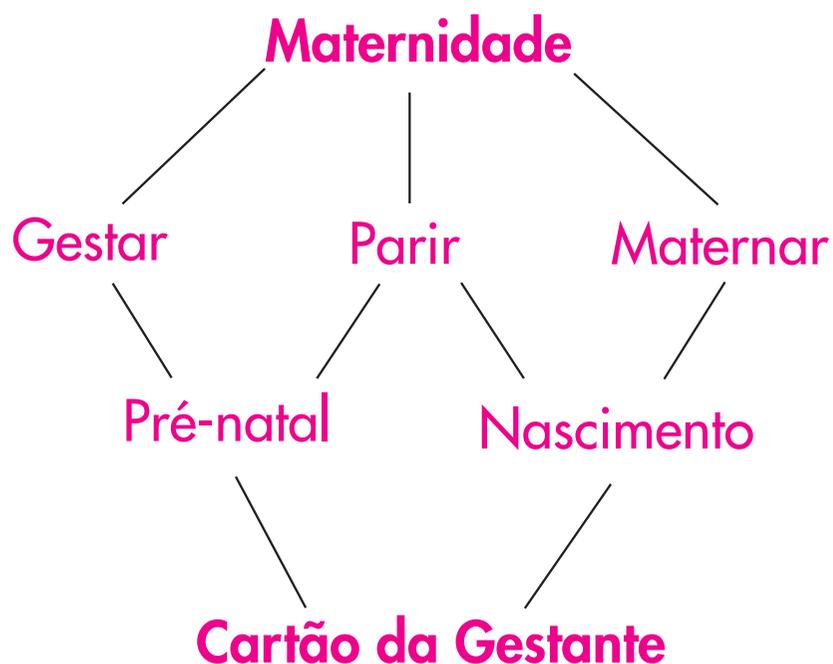
O projeto

O projeto busca desenvolver um programa de atenção às mulheres grávidas por meio da linguagem visual adequada para o público feminino. O modelo foi construído com conceituação de forma e conteúdo para um acompanhamento da gestação, do parto e o pós-parto.

A partir de cartões já existentes nos órgãos públicos de saúde fez-se uma análise de similares de forma e de conteúdo para um desenvolvimento de alternativas mais eficientes para a melhoria do atendimento e acolhimento da mulher grávida em tais instituições e na sociedade.

Cartão da gestante ou cartão pré-natal apresenta-se como peça principal de estudo e detalhamento por ter como função registrar e armazenar informações essenciais no decorrer da gestação até ao nascimento e acompanhamento do bebê.

Mapa conceitual



Contextualização

UTOPIA

Ao descobrir uma gravidez não programada, entrei em um mundo que ouvia falar mas nunca vivi plenamente. Nisso, mergulhei em um universo de sonhos e fantasias do que seria a minha vida a partir daquele momento.

Ser mãe é um desafio que envolve amor e entrega para outra vida que está crescendo e se desenvolvendo dentro da mãe.

Essa dependência do bebê com a mãe é uma experiência única e surpreendente para cada mulher e seu filho. O registro dessa fase inicial e sua continuidade é essencial pois é uma forma de guardar momentos importantes que passam e não voltam mais.

Nisso o cartão da gestante, além do seu poder simbólico, se torna um instrumento de registro tanto para a mãe e para os profissionais de saúde que estão envolvidos de forma direta ou indireta.

A partir do tema "Maternidade" foi elaborado um mapa conceitual para subsidiar a realização do recorte temático. Dividindo em três tópicos "Gestar", "Parir" e "Maternar". Depois interligando "Pré-natal" com "Gestar" e "Parir" e "Nascimento" com "Parir" e "Maternar" chegando até o "Cartão da Gestante".

Público Alvo

É um projeto destinado a todas as brasileiras, numa perspectiva afirmativa de potencializar a saúde da materna no Brasil.

○ projeto tem o interesse de transmitir informações de uma forma mais clara para as gestantes e para os profissionais envolvidos em todo o acompanhamento dos serviços de saúde.

○ redesign do cartão pré-natal também pode atingir gestores de saúde, governos e instituições que desenvolvem ensino e pesquisa no setor materno-infantil.

Objetivos

Tratar a saúde da mulher de uma forma ideal, principalmente durante uma gestação.

Valorizar a autoestima da mulher e prepará-la para ser mãe com uma boa infraestrutura e apoio psicológico.

Motivar as gestantes a fazerem o pré-natal de uma forma correta e entenderem a sua importância.

Contribuir para melhoria da qualidade da informação registrada pelos profissionais de saúde no cartão da gestante.

Resgatar o valor e a força da mulher em ser capaz de gerar, parir e maternar.

Justificativa

A maioria das mães toma como farol e guia o mito da boa mãe devota e incondicional, e a maternidade não é ensinada nem mesmo discutida até a sua gravidez.

Por isso, a melhor fase para essa preparação para a maternidade é na gestação e no pré-natal onde a mulher se cuida de si mesma e diretamente com seu futuro bebê.



PARTE II

Análise de Similares e definições projetuais

Análise de similares

Foi feito um levantamento de projetos que tivessem algum paralelo com a presente proposta, seja pela linguagem visual utilizada, seja por abordar assuntos sobre saúde.

Projetos analisados:

Foram escolhidos quatro projetos com base de referência, análise e reflexão. São eles: "Rede Cegonha", "Cegonha Carioca", "Mães de Minas", "Mãe Paulistana".

Locais visitados

Casa de Parto

enfermeira Helen Cristini
enfermeira Ana Beatriz

Clínica da Família
enfermeira Tatiana Fabiano

Projeto “Rede Cegonha”



A Rede Cegonha é uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros.

Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Não se pode esquecer jamais que dar à luz não é uma doença, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o(a) parceiro(a) envolvido(a).

Fonte:

http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1816

Projeto “Cegonha Carioca”

Cegonha Carioca: cuidado humanizado para a mãe e o bebê

Projeto pioneiro no Brasil, implantado em 2011, o Cegonha Carioca tem como principais objetivos humanizar e garantir o melhor cuidado para mãe e para o bebê – desde o pré-natal até o parto, para reduzir a mortalidade materno-infantil e incentivar a realização de exames pré-natal. Lançado inicialmente em duas regiões – Rocinha e a área de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba – chegou em 2012 a toda a cidade.



Enxovais e Visitas



Por meio do programa, todas as gestantes que fazem o pré-natal em uma unidade pública de saúde no município do Rio de Janeiro ficam sabendo, antes do parto, em qual maternidade terão seus bebês e têm a oportunidade de visitar o local. Além de conhecer a maternidade, a futura mamãe, junto com um acompanhante, participa de ações educativas e, ao final da visita, recebe de presente o Enxoval Cegonha. A visita da gestante à maternidade é agendada no 3º trimestre (entre o 7º, 8º e 9º meses) da gestação.

No total, 19 maternidades fazem parte do programa (municipais, estaduais, federais e universitárias).

Transporte



Quando chega a hora do parto, o Cegonha Carioca também está presente: a futura mamãe conta com o transporte cegonha, com ambulância exclusiva que a busca em casa e a leva até a maternidade. O acionamento de ambulâncias para atender as gestantes do programa Cegonha Carioca é feito do Centro de Operações Rio e garante agilidade e conforto para as futuras mamães. O programa conta com dez ambulâncias especializadas.

Na hora de ter o bebê, na maternidade, a gestante é recebida por uma equipe treinada e acolhedora, que a acompanha durante toda a sua permanência na unidade. Ela também tem o direito de escolher um(a) acompanhante para ficar ao seu lado durante e após o parto.

Bebê Carioca Online

Após o nascimento, as fotos dos recém-nascidos nas maternidades municipais podem ser acessadas no site da Prefeitura. Informações como peso, altura, data e horário do nascimento também estão disponíveis. Clique aqui e conheça os novos Cariokinhas.

Fotos: Francisco Wesley / Renata Missagia

Fonte: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/cegonha-carioca>



Projeto “Mães de Minas”

O Projeto Mães de Minas nasceu para cuidar da vida dos novos mineiros. Trata-se de um conjunto de ações de saúde voltadas para a proteção e o cuidado da gestante e da criança no primeiro ano de vida, inseridas no Programa Viva Vida, como um novo impulso estratégico, de acordo com a metodologia de Gestão para a Cidadania que passa a reger todos os programas estruturadores do governo de Minas.

A reflexão sobre os cenários que levam à mortalidade infantil e materna apontam a necessidade de fortalecer o cuidado da gestante e da criança e suas famílias, identificando-as rapidamente, tão logo se tenha notícia do início da gravidez, estabelecendo um relacionamento particular com cada uma delas, mobilizando todos os recursos necessários para o acompanhamento do pré-natal, para a gestante, e, no primeiro ano de vida, para a criança, identificando e sanando todas as situações de risco. O Mães de Minas será desenvolvido através das seguintes ações:

- o Sistema de Identificação da Gestante, para um rápido e completo conhecimento de todas as gestantes;
- a Mobilização e Comunicação Social, com o estabelecimento de parcerias com órgãos governamentais e instituições do terceiro setor e o desenvolvimento de um projeto de comunicação para a gestante, sua família e comunidade;

- o Call Center, como grande ferramenta de interlocução direta com a gestante, sua família e com os serviços de saúde, com vistas ao monitoramento do desenvolvimento da gravidez, o nascimento e o desenvolvimento da criança;
- a gestão de todos os recursos necessários para garantir uma assistência efetiva à gestante e à criança, nos vários momentos desse acompanhamento.

Fonte:

www.maesdeminas.saude.mg.gov.br





Projeto “Mãe paulistana”

Criada pela Prefeitura de São Paulo, a Rede de Proteção à Mãe Paulistana oferece assistência integral a gestantes de toda a cidade. Ela possui um sistema moderno, que acompanha os atendimentos realizados - inclusive dos bebês, durante seu primeiro ano de vida - e garante uma assistência de qualidade. Nas Unidades Básicas de Saúde, em ambulatórios especializados e nos hospitais do SUS, as gestantes recebem:

Atendimento gratuito

396 Unidades Básicas de Saúde
33 hospitais
22 ambulatórios especializados
80.000 gestantes em acompanhamento
10.000 partos por mês.

A Rede de Proteção à Mãe Paulistana também conta com uma Central de Regulação Obstétrica e Neonatal, para garantir a internação durante o parto e saber se todos os procedimentos foram realizados. Melhoria dos serviços para atender melhor

A fim de oferecer um atendimento diferenciado a Prefeitura capacitou profissionais, investiu na distribuição de medicamentos e equipou as Unidades Básicas de Saúde, que hoje são informatizadas e desempenham melhor suas atividades.

Desde que foi criado, em março de 2006, o programa já beneficiou milhares de pessoas. Com ele, mães e bebês recebem o carinho e atenção de que precisam.

Fonte:

http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/mae_paulistana/

Locais visitados



Casa de Parto David Capistrano Filho

A Casa de Parto David Capistrano Filho luta constantemente para manter um espaço seguro e agradável para mulheres e famílias que queiram viver a gravidez de baixo risco de forma intensa, tendo por opção o parto natural, com um mínimo de intervenções, participação ativa da mulher, direito a escuta, manifestações verbais e corporais. Desde o primeiro contato tenta desconstruir o modelo medicalizado do parto na atualidade, trazendo em sua proposta um alicerce histórico da transformação do evento fisiológico, feminino e sexual para um evento controlado, cheio de rituais, normas e rotinas impostos pelo paradigma da subordinação e autoridade. É um modelo emancipador, polêmico e contra hegemônico, e por isso mesmo para poucos.



Sua equipe é composta em sua maioria por enfermeiras obstétricas, que já trabalhavam na rede municipal na assistência ao parto e nascimento, assistente sociais, nutricionistas e técnicos de enfermagem.

Oferece um pré-natal diferenciado, tanto no cuidado quanto na abordagem. Tem uma estrutura física peculiar que muito lembra nossas residências.

Endereço: Av. Pontalina s/n ° - Realengo

Tel: (21) 3462-5593 – CEP: 21710-120 – Rio de Janeiro

Fonte:

<http://smsdc-casadeparto.blogspot.com.br/p/quem-somos.html>



Casa de Parto

Experiência pessoal na realização do pré-natal, revisão do parto.

Foto esquerda participação de Roda de conversa sobre "Vínculo".

Fotos abaixo da revisão do bebê Rayssa e da mãe Raquel.



Locais visitados

Clínica da Família

Participação das atividades com as gestantes da enfermeira Tatiana Fabiano.

Consulta e preparação para o parto.





Fotos:
Tiradas da rede social da enfermeira Tatiana Fabiano

Cartões analisados:

	Ministério da Saúde	Cegonha Carioca	Projeto Nordeste	Governo de São Paulo	Intermédica	Clínica Camim	Proposta REDESIGN
Formato	29,7cm x 21cm	39 cm x 21cm	28,6 cm x 21cm	9 cm x 14 cm	29,7cm x 21cm	21cm x 31 cm	15 cm x 21cm
Papel	cartolina	cartão	cartolina		cartolina	cartolina	
Cores	4/4	4/4	2/2	2/2	4/4	1/1	4/4
Dobras	2	3	2		2	2	3
Acabamento	corte reto	corte reto	corte reto	corte reto	corte reto	corte reto	corte reto
Grampo	não	não	não	sim	não	não	sim
Vetores	não	sim	sim	sim	não	não	sim
Imagens	sim	não	não	não	sim	não	sim
Tabelas	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Gráficos	2	1	2	1	0	2	1
Logos	2	8	2	1	1	0	4
Textos	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Linhas	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Tópicos	sim	sim	sim	sim	não	sim	não
Quadrados	sim	sim	sim	sim	não	sim	sim
Q.Amarelo	sim	sim	sim	não	não	não	sim

Ministério da Saúde

Cegonha Carioca

Projeto Nordeste

Governo de SP

Intermédica

Clínica Camim

Proposta REDESIGN

Justificativas:

	Ministério da Saúde	Cegonha Carioca	Projeto Nordeste	Governo de SP	Intermédica	Clínica Camim	Proposta REDESIGN	Justificativas:
Formato	29,7cm x 21cm	39 cm x 21cm	28,6 cm x 21cm	9 cm x 14 cm	29,7cm x 21cm	21cm x 31 cm	15 cm x 21cm	o formato do cartão deve ser no máximo um A4
Papel	cartolina	cartão	cartolina		cartolina	cartolina		o papel tem ser com uma gramatura mais firme devido ao manuseio da peça
Cores	4/4	4/4	2/2	2/2	4/4	1/1	4/4	cores podem ser 4/4 mesmo porque alguns itens tem que ser visualizados de forma rápida e o uso da cor é releante.
Dobras	2	3	2		2	2	3	o opção de dobras facilita o acesso mais rápido das informações.
Acabamento	corte reto	corte reto	corte reto	corte reto	corte reto	corte reto	corte reto	o corte reto é a melhor opção para a peça não precisa de faca especial
Grampo	não	não	não	sim	não	não	sim	o grampo fixa as páginas da peça
Vetores	não	sim	sim	sim	não	não	sim	elementos figurativos
Imagens	sim	não	não	não	sim	não	sim	linguagem imagética facilita a informação
Tabelas	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	a tabela facilita a visualização de informações e as classificam de uma forma mais clara
Gráficos	2	1	2	1	0	2	1	importante para visualização de um dados específicos
Logos	2	8	2	1	1	0	4	presença de logos para a identificação dos órgãos públicos.
Textos	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	informações textuais e objetivas
Linhas	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	necessárias para preenchimentos de dados
Tópicos	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	melhor visualização das informações
Quadrados	sim	sim	sim	sim	não	sim	sim	melhor visualização de preenchimentos
Q.Amarelo	sim	sim	sim	não	não	não	sim	melhor visualização de preenchimentos de risco

Cartões analisados:

Ministério da Saúde

Cartão da Gestante

Nome: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Município: _____

Cadastro no SIS – pré-natal _____

Agendamento

Data	Hora	Nome do profissional	Sala

Hospital/maternidade de referência: _____

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em que for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

Ministério da Saúde

Detalhe verso

IG SEMANAS																				
PESO (kg)																				
I M C																				
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)/ EDEMA (+a 4+) <input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>														
ALTURA UTERINA (cm) APRESENTAÇÃO																				
BCF / MOV. FETAL			/		/		/		/		/		/		/		/		/	
ASS. DO PROFISSIONAL																				

PARTO	IDADE GESTACIONAL		TAMANHO FETAL CORRESPONDE		INÍCIO TP		MEMBRANAS		DATA RUPTURA			<input type="checkbox"/> CEF.			PATOLOGIA NA GESTAÇÃO / PARTO / PUERPÉRIO											
	HOSPITAL:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> ESP.	<input type="checkbox"/> INT.	<input type="checkbox"/> ROT.	HORA	DIA	MÊS	<input type="checkbox"/> PELV.	<input type="checkbox"/> TRAN.	<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA <input type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES <input type="checkbox"/> PARASITÓSES <input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMATURO								<input type="checkbox"/> DESPROP. CEF. PELV. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA <input type="checkbox"/> RUPTURA PREMAT. MEM. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPER. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA PUERPER. <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA					
MENOR DE 17 OU MAIOR DE 42 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IND.	NÍVEL DE ATENÇÃO			<input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 1º <input checked="" type="checkbox"/> DOMIC. <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO			<input type="checkbox"/> EXP. <input type="checkbox"/> CES. <input type="checkbox"/> FORC. <input type="checkbox"/> OUT.			HORA	MINUTO	DIA	MÊS	ANO	ATENDIDA POR: MÉDIC. ENF./ PAR. AUX. EMPIR. OUTROS			<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA <input type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES <input type="checkbox"/> PARASITÓSES <input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMATURO			<input type="checkbox"/> DESPROP. CEF. PELV. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA <input type="checkbox"/> RUPTURA PREMAT. MEM. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPER. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA PUERPER. <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA		
<input type="checkbox"/> EXP. <input type="checkbox"/> CES. <input type="checkbox"/> FORC. <input type="checkbox"/> OUT.		DEQUIT. EXP.		MORTE FETAL		PARTO			NEONATO			MÉDIC. ENF./ PAR. AUX. EMPIR. OUTROS			<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA <input type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES <input type="checkbox"/> PARASITÓSES <input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMATURO			<input type="checkbox"/> DESPROP. CEF. PELV. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA <input type="checkbox"/> RUPTURA PREMAT. MEM. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPER. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA PUERPER. <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA								
EPSIOTOMIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DEQUIT. EXP. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		MORTE FETAL <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		MOMENTO <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> GRAV. <input type="checkbox"/> IGNO.			MÉDIC. ENF./ PAR. AUX. EMPIR. OUTROS			MÉDIC. ENF./ PAR. AUX. EMPIR. OUTROS			<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA <input type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES <input type="checkbox"/> PARASITÓSES <input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMATURO			<input type="checkbox"/> DESPROP. CEF. PELV. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA <input type="checkbox"/> RUPTURA PREMAT. MEM. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPER. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA PUERPER. <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA								
MEDICAÇÃO NO PARTO <input type="checkbox"/> ANALGÉSICO		<input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTE		<input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIONAL <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO		<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> OUTROS			<input type="checkbox"/> OCITOC. <input type="checkbox"/> NENHUM			<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA <input type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES <input type="checkbox"/> PARASITÓSES <input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMATURO			<input type="checkbox"/> DESPROP. CEF. PELV. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA <input type="checkbox"/> RUPTURA PREMAT. MEM. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPER. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA PUERPER. <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA											

Detalhe verso

RECÉM-NASCIDO			REANIMAÇÃO	PESO AO NASCER	IDADE POR EXAME FÍSICO	PESO / IG	EX. FÍSICO IMEDIATO	PUERPÉRIO IMEDIATO				
SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	VDRL <input type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/> +	APGAR MINUTO <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 5º <input checked="" type="checkbox"/> 6 OU MENOS	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g MENOS DE 2.500 g <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sem. <input checked="" type="checkbox"/> MENOR DE 37 SEMANAS	<input type="checkbox"/> ADEQ. <input checked="" type="checkbox"/> PEQUENO <input checked="" type="checkbox"/> GRANDE	<input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL	HORAS OU DIAS PÓS-PARTO OU ABORTO				
ESTATURA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm	EXAME FÍSICO PRÉ-ALTA <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL	EXAME NEUROL. <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL <input checked="" type="checkbox"/> DUVIDOSO	PATOLOGIAS <input checked="" type="checkbox"/> M. HIALINA <input checked="" type="checkbox"/> APNÉIAS <input checked="" type="checkbox"/> NEUROL. <input checked="" type="checkbox"/> OUTRA <input checked="" type="checkbox"/> S. ASPIRAT. <input checked="" type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input checked="" type="checkbox"/> HIPERBILI. <input type="checkbox"/> NENHUMA <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS SDR <input checked="" type="checkbox"/> INFECÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> A. CONG.				TEMPERATURA PULSO (BATIMENTO / MINUTO) PRESSÃO ARTERIAL MÁX. / MÍN. (mmHg) INVÓL. UTERINA CARACTERÍSTICAS DOS LÍQUIDOS VITAMINA A					
PER. CEF. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm	ALTA DO RN <input type="checkbox"/> SADIO <input checked="" type="checkbox"/> C/ PATOL. <input checked="" type="checkbox"/> TRANSF. <input checked="" type="checkbox"/> ÓBITO		IDADE NA ALTA / TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HORAS	IDADE AO FALECER <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HORAS	ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> PEITO <input checked="" type="checkbox"/> MISTO <input checked="" type="checkbox"/> ARTIFIC.	ALTA MATERNA <input type="checkbox"/> SADIO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input checked="" type="checkbox"/> C/ PATOLOGIA	MORTE MATERNA <input checked="" type="checkbox"/> GRAVIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> PARTO <input checked="" type="checkbox"/> PUERPÉRIO	ORIENT. / CONTRACEÇÃO <input type="checkbox"/> CONDOM <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> LIG. DA TRO. <input type="checkbox"/> RITMO <input checked="" type="checkbox"/> NENHUM				



PACTO NACIONAL PELA
REDUÇÃO DA MORTALIDADE
MATERNA E NEONATAL

Ministério
da Saúde



Cartões analisados:

Plano de Saúde Intermédica

	1	2	3	4	5	6	7	8	CONDUTA
Data									
IG (DUM)									
IG (USG)									
PA									
Peso									
BCF									
AU									
MF									
Edema									
Data Retorno									
Assinatura e Carimbo Médico									
EXAMES									
ABO Rh		VDRL		Glicemia		GTT			
Hb / Ht	/	HIV		Urocultura		CCO			
Toxo IgG/IgM	/	Hep. B		Strepto B		Antitetânica			
ULTRASSONOGRAFIAS									
Data									
IG									
Peso									
LA									
OBS									

CARTÃO DA GESTANTE

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

Nº CARTEIRINHA: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS						
G	PV	PC	AE	F	NV	NM

FATORES DE RISCO: _____


Intermedica
Sua Saúde por inteiro

Cartões analisados:

Clínica Camim Realengo

IDADE ANOS 26		Nº DE HISTÓRIA CLÍNICA		ALFABETIZADA		ESTUDO		ANOS COMPLETOS		ESTADO CIVIL/UNIÃO	
MENOR DE 15 MAIOR DE 35				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO <input type="checkbox"/> PRIMÁRIO <input type="checkbox"/> UNIVERSITÁRIO		<input type="checkbox"/> CASAD <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input type="checkbox"/> SOLT <input type="checkbox"/> OUTRO			
ANTECEDENTES PESSOAIS			OBSTÉTRICOS (Anotar o número de)			NASC. VIVOS			ALGUM RN PESOU MENOS DE 2.500g		
FAMILIARES <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			ABORTOS			NASC. MORTOS		
DIABETES <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			INFERTILIDADES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			GESTAS <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			MORRERAM 1ª SEMANA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		
HIPERT. ART. <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			PARTO			MORRERAM APOÓS 1ª SEMANA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		
GEMELARES <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			HIPERT. CRÔNICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			CESÁREAS			NASCIMENTO COM MAIOR PESO		
OUTROS <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			CIRURG. PÉLV. UTERINA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO		
			OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO						MÊS ANO		
GRAVIDEZ ATUAL			DÚVIDAS			ANTITÉTÂNICA PRÉVIA			HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ		
PESO ANTERIOR			ESTATURA			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
DPII			DUM			MÊS GESTA			GRUPO Rh		
2 5 0 8 1 1			0 2 0 6 1 7						SENSIB. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
									TRANSF. DIA MÊS ANO		
EX. CLÍNICO NORMAL			EX. DAS MAMAS NORMAL			EX. ODONTOL. NORMAL			EX. CLÍNICO CERVIX		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
EX. ODONTOL. NORMAL			PÉLVIS NORMAL			PAPANICOLAOU NORMAL			V.D.R.L.		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> + DIA MÊS <input type="checkbox"/> -		
EX. ODONTOL. NORMAL			PÉLVIS NORMAL			COLPOSCOPIA NORMAL			FUHA Nº de cigarros/dia		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
CONSULTAS Nº			1			2			3		
DATA			30/12/11			16/3			23/3		
			27/3			27/4			04/05		
			11/5			11/5			18/5		
			22/5			29/5					
SEMANAS DE AMENORRÉIA			12/13/14			14/5			36/14/6		
PESO (kg)			66,40			74,60			75,1		
PRESSÃO ARTERIAL MÁX. MIN. (mmHg)			117/0			107/0			117/0		
ALTURA UTERINA (cm/APRESENTAÇÃO)			13			23			34		
BCF/MOV. FETAL			140			140			140		
ASS. DO PROFISSIONAL			14/1			14/1			14/1		
PARTO			TAMANHO FETAL CORRESPONDE			MEMBRANAS			PATOLOGIA NA GESTAÇÃO/PARTO/PUERPÉRIO		
HOSPITAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> IND. <input type="checkbox"/> ESP.			<input type="checkbox"/> INT. <input type="checkbox"/> ROT.			<input type="checkbox"/> CEF. <input type="checkbox"/> PELV. <input type="checkbox"/> TRAN.		
TERMINAÇÃO: EXP. <input type="checkbox"/> CES. <input type="checkbox"/> FORC. <input type="checkbox"/> OUT. <input type="checkbox"/>			HORA MINUTO DIA MÊS ANO			NÍVEL DE ATENÇÃO			<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> DESPROP. CEF. PÉLV.		
EPISIOTOMIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			DEQUIT. EXP. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			MORTE FETAL <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 1º TRIMES.		
LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			PLACENTA COMPL. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			MOMENTO PARTO <input type="checkbox"/> GRV. <input type="checkbox"/> IGNO.			<input type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 2º TRIMES.		
MEDICAÇÃO NO PARTO <input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIO. <input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL			<input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIO. <input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL			<input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIO. <input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL			<input type="checkbox"/> ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 3º TRIMES.		
<input type="checkbox"/> ANALGÉSICO <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTE <input type="checkbox"/> OCITOC. <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> NENHUM			<input type="checkbox"/> ANALGÉSICO <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTE <input type="checkbox"/> OCITOC. <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> NENHUM			<input type="checkbox"/> ANALGÉSICO <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTE <input type="checkbox"/> OCITOC. <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> NENHUM			<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA		
									<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> RUTURA PREMAT. MEM.		
									<input type="checkbox"/> INFECÇÃO CRÔNICA <input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPER.		
									<input type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES <input type="checkbox"/> HEMORRAG. PUERPER.		
									<input type="checkbox"/> PARASITÓSES <input type="checkbox"/> OUTRA		
									<input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMAT. <input type="checkbox"/> NENHUMA		
RECÉM-NASCIDO			PESO AO NASCER			IDADE POR EXAME FÍSICO			HORA OU DIAS PÓS-PARTO OU ABORTO		
SEXO V.D.R.L.			APGAR MINUTO			PERSON.G. ADEQ. <input type="checkbox"/> PEQ. <input type="checkbox"/> GRAN.			TEMPERATURA		
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			1º 3º			SEM. MENOR DE 2.500g MENOR DE 37 SEMANAS			PULSO (BATIMENTO/MINUTO)		
ESTATURA			EX. FÍSICO PRÉ-ALTA			EX. NEURO			PRESSÃO ARTERIAL MÁX./MIN. (mm Hg)		
PER. CEF.			NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> DUVIDOSO <input type="checkbox"/>			M. HIALINA <input type="checkbox"/> S. ASPIRAT. <input type="checkbox"/> OUTROS SDR <input type="checkbox"/> APNÉIAS <input type="checkbox"/> HEMORRRA. <input type="checkbox"/> HIPERBILL. <input type="checkbox"/>			INVOL. UTERINA		
RN ALOJ./CONJ.			ALTA DO RN			IDADE NA ALTA/ TRANSFERÊNCIA			CARACTERÍSTIC. DOS LÓQUIOS		
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			SADIO <input type="checkbox"/> TRANSF. <input type="checkbox"/> CIPATOL. <input type="checkbox"/>			DIAS			ALTA MATERNA		
									MORTE MATERNA		
									ORIENT./CONTRACEÇÃO		
									CONDON <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> LIG. DE TRO. <input type="checkbox"/> RITMO <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/>		
									SADIA <input type="checkbox"/> GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/>		
									TRANSFERIDA <input type="checkbox"/>		

CARTÃO DA GESTANTE

Nome: Raquel Beb de azeis

Endereço: 99581466

Município: _____

A G E N D A M E N T O

Data	Hora	Nome do Profissional	Sala
30/12/11			

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas.

Conteúdo

O conteúdo do cartão foram baseados a partir do "MANUAL TÉCNICO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO ATENÇÃO QUALIFICADA E HUMANIZADA", Brasília, 2006.

Além do conteúdo do manual foram acrescentados dados relevantes a partir da análise dos outros cartões similares.

Na página 25, do manual estão as informações que devem estar no Cartão da Gestante.

São os seguintes itens:

"6.1 ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA

I. História clínica (observar cartão da gestante)

- Identificação:
 - nome;
 - número do SISPRENATAL;
 - idade;
 - cor;
 - naturalidade;
 - procedência;
 - endereço atual;
 - unidade de referência.
- Dados socioeconômicos;
- Grau de instrução;
- Profissão/ocupação;
- Estado civil/união;



http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf

- Número e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico);
- Renda familiar;
- Pessoas da família com renda;
- Condições de moradia (tipo, nº de cômodos);
- Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);
- Distância da residência até a unidade de saúde;

- Antecedentes familiares:

- hipertensão arterial;
- diabetes mellitus;
- doenças congênitas;
- gemelaridade;
- câncer de mama e/ou do colo uterino;
- hanseníase;
- tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco);
- doença de Chagas;
- parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.

- Antecedentes pessoais:

- hipertensão arterial crônica;
- cardiopatias, inclusive doença de Chagas;
- diabetes mellitus;
- doenças renais crônicas;
- anemias e deficiências de nutrientes específicos;
- desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade);
- epilepsia;
- doenças da tireóide e outras endocrinopatias;
- malária;

- viroses (rubéola, hepatite);
- alergias;
- hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas;
- portadora de infecção pelo HIV (em uso de retrovirais? quais?);
- infecção do trato urinário;
- doenças neurológicas e psiquiátricas;
- cirurgia (tipo e data);
- transfusões de sangue.

- Antecedentes ginecológicos:

- ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
- uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
- infertilidade e esterilidade (tratamento);
- doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);
- doença inflamatória pélvica;
- cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
- mamas (alteração e tratamento);
- última colpocitologia oncótica (papanicolau ou “preventivo”, data e resultado).

- Sexualidade:

- início da atividade sexual (idade da primeira relação);
- dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
- prática sexual nessa gestação ou em gestações anteriores;
- número de parceiros da gestante e de seu parceiro, em época recente ou pregressa;
- uso de preservativos masculino ou feminino (uso correto? uso habitual?).

- Antecedentes obstétricos:

- número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
- número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas – indicações);
- número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);
- número de filhos vivos;
- idade na primeira gestação;
- intervalo entre as gestações (em meses);
- 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 de baixo peso (menos de 2.500 g) e com mais de 4.000 g;
- mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu);
- recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, ex-sangüíneotransfusões;
- intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar);
- complicações nos puerpérios (descrever);
- história de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame).

- Gestação atual:

- data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação DUM (anotar certeza ou dúvida);
- peso prévio e altura;
- sinais e sintomas na gestação em curso;
- hábitos alimentares;
- medicamentos usados na gestação;
- internação durante essa gestação;
- hábitos: fumo, álcool e drogas ilícitas;
- ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);
- aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente;
- identificar gestantes com fraca rede de suporte social.

II. Exame físico

- Geral:

- determinação do peso e da altura;
- medida da pressão arterial (técnica no item 8.3);
- inspeção da pele e das mucosas;
- palpação da tireóide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
- ausculta cardiopulmonar;
- exame do abdômen;
- exame dos membros inferiores;
- pesquisa de edema (face, tronco, membros).

• Específico (gineco-obstétrico):

– exame clínico das mamas (ECM). Durante a gestação e amamentação, também podem ser identificadas alterações, que devem seguir conduta específica, segundo as recomendações do INCA. Realizar orientações para o aleitamento materno em diferentes momentos educativos, principalmente se for adolescente.

Nos casos em que a amamentação estiver contra-indicada – portadoras de HIV/HTLV –, orientar a mulher quanto à inibição da lactação (mecânica e/ou química) e para a aquisição de fórmula infantil;

– palpação obstétrica e, principalmente no terceiro trimestre, identificação da situação e apresentação fetal;

– medida da altura uterina;

– ausculta dos batimentos cardíacos fetais (com sonar, após 12 semanas, e com estetoscópio de Pinard, após 20 semanas);

– inspeção dos genitais externos;

– exame especular e toque vaginal de acordo com a necessidade,

orientados pela história e queixas da paciente, e quando for realizada coleta de material para exame colpocitológico;

– o exame físico das adolescentes deverá seguir as orientações do Manual de Organização de Serviços para a Saúde dos Adolescentes.

II. Exames complementares

Na primeira consulta, solicitar:

– dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht);

– grupo sanguíneo e fator Rh;

– sorologia para sífilis (VDRL): repetir próximo à 30ª semana;

– glicemia em jejum: repetir próximo à 30ª semana;

– exame sumário de urina (Tipo I): repetir próximo à 30ª semana;

– sorologia anti-HIV, com consentimento da mulher após o “aconselhamento pré-teste”. Repetir próximo à 30ª semana, sempre que possível;

– sorologia para hepatite B (HBsAg), de preferência próximo à 30ª semana de

gestação, onde houver disponibilidade para realização;

– sorologia para toxoplasmose, onde houver disponibilidade.

Outros exames podem ser acrescidos a essa rotina mínima:

– protoparasitológico: solicitado na primeira consulta;

– colpocitologia oncótica: muitas mulheres freqüentam os serviços de saúde apenas para o pré-natal. Assim, é imprescindível que, nessa oportunidade, seja realizado esse exame, que pode ser feito em qualquer trimestre, embora sem a coleta endocervical, seguindo as recomendações vigentes;

– bacterioscopia da secreção vaginal: em torno da 30ª semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedente de prematuridade;

– sorologia para rubéola: quando houver sintomas sugestivos;

– urocultura para o diagnóstico de bacteriúria assintomática;

– eletroforese de hemoglobina: quando houver suspeita clínica de anemia falciforme;

– ultra-sonografia obstétrica: onde houver disponibilidade.

Sistema do Cartão da Gestante







Linguagem visual

Organização e análise

Iconografia

Foram pesquisadas imagens que representavam a maternidade, a gestação, o parto, o pós-parto.

A partir dessa pesquisa imagética foi desenvolvido a linguagem visual mais adequada para “Cartão da Gestante: um redesign”.

Foi escolhida a linguagem mais ilustrada como referência.





PARTE III

Desenvolvimento

Projeto gráfico

Conceituação e definições

O projeto tem por objetivo criar um eixo de aproximação entre a gestante e o acesso as informações sobre sua gestação, parto e pós-parto.

Pretende traduzir visualmente conceitos da específicos da área de saúde para uma forma mas clara e objetiva possibilitando melhor entendimento dos procedimentos dessas fases.

Além das cores, após testar algumas famílias tipográficas, foram selecionados elementos gráficos para o projeto.

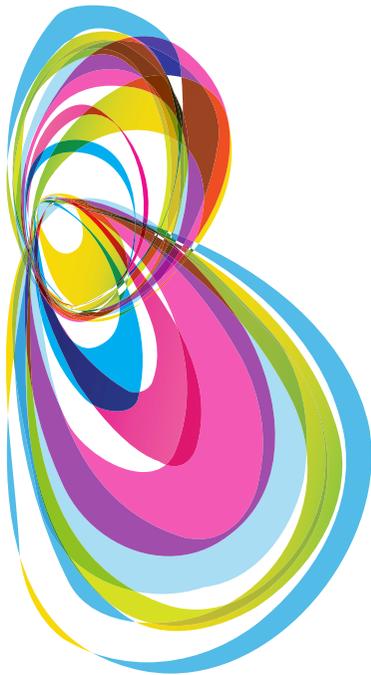
A partir de agora serão apresentados os elementos de cada um dos elementos do projeto gráfico, além do detalhamento da peça.

Elementos gráficos

Os elementos gráficos foram apropriados de uma representação da figura da gestante e do crescimento da barriga.

A ilustração escolhida entra como um detalhe criando um padrão gráfico para todas as peças gráficas do projeto.

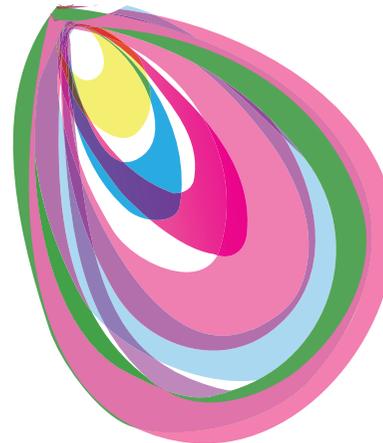
Versão inicial



engrossamento das linhas



Junção



Versão Final



Palheta de cores

A escolha da palheta de cores e elementos gráficos foram baseados a partir da ilustração desenvolvida para representar o projeto.

Foram “pinçadas” cores iniciais que foram ajustadas e aplicadas às seções do cartão da gestante.



CMYK:

C: 0
M: 50
Y: 15
K: 0



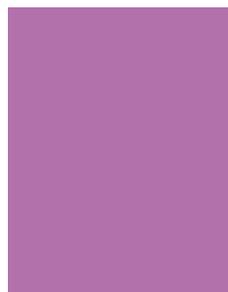
CMYK:

C: 0
M: 10
Y: 100
K: 0



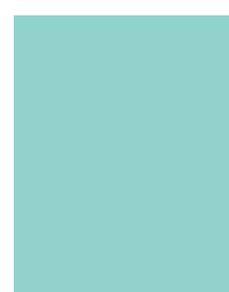
CMYK:

C: 0
M: 100
Y: 0
K: 0



CMYK:

C: 30
M: 66
Y: 1
K: 0



CMYK:

C: 42
M: 0
Y: 23
K: 0



CMYK:

C: 69
M: 14
Y: 0
K: 0

Exemplificando:



Escolha tipográfica

A família de fontes precisava ser flexível e com bastante legibilidade por causa do carácter do projeto onde o público precisa visualizar as informações com clareza e rapidez em relação ao material visual.

A fonte escolhida foi a Futura.

FUTURA Light

FUTURA Light italic

FUTURA Book

FUTURA Medium

FUTURA Medium Italic

FUTURA Demibold

FUTURA Demibold italic

FUTURA Bold

FUTURA Bold italic

FUTURA Bold condensed

Futura Display

Futura Black

FUTURA INLINE

FUTURA Book

regular

abcdefghijklmnopqrstuvxz ...12345678910

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ

...12345678910

FUTURA Book

italic

abcdefghijklmnopqrstuvxz ...12345678910

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ

...12345678910

FUTURA Book

bold

abcdefghijklmnopqrstuvxz

...12345678910

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ

...12345678910

FUTURA Book

bold italic

abcdefghijklmnopqrstuvxz

...12345678910

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ

...12345678910

Escolha tipográfica

Sobre a fonte Futura

A Futura é uma família tipográfica sem-serifa considerada como um dos símbolos do modernismo no design gráfico. A fonte foi desenhada em 1927 por Paul Renner baseado em princípios rigidamente geométricos, inspirada nos ensinamentos da Bauhaus.

A futura foi uma das fontes mais populares do século XX, especialmente nas décadas de 1950 e 60 devido à sua limpeza e impacto. Apesar disso, o tipo não é indicado para textos longos (especialmente textos literários como romances) devido ao cansaço de sua leitura prolongada. De qualquer forma, a fonte ainda é bastante eficiente em identidades corporativas, títulos, etc. Empresas como Volkswagen e Shell, por exemplo, fazem uso extenso da futura. O diretor Stanley Kubrick também é conhecido por fazer vasto uso desta família tipográfica em seus filmes.

Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Futura_\(tipografia\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Futura_(tipografia))

Escolha tipográfica

A fonte escolhida foi a Futura LT Light para o título do projeto.

abcdefghijklmnopqrstuvxz ...12345678910

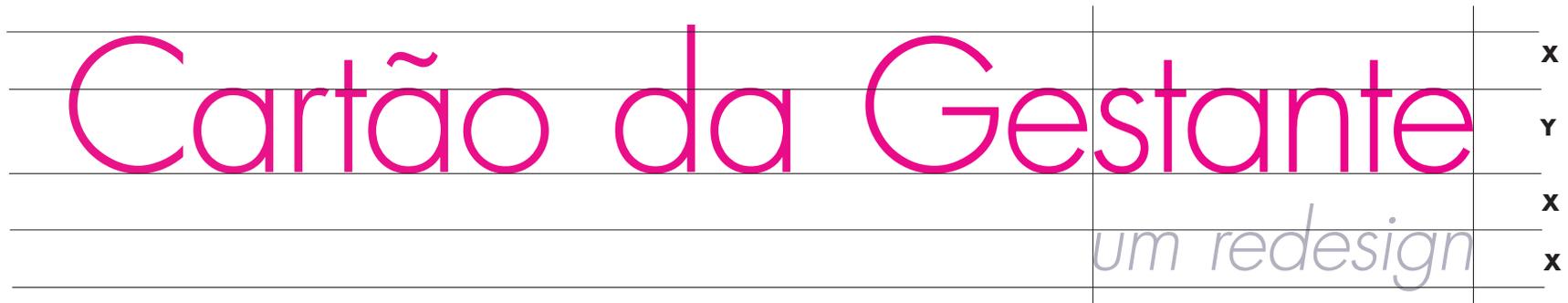
ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ ...12345678910

Composições

O desenho do logotipo partiu da fonte Futura LT Light.

A composição respeita os espaçamentos característicos do desenho da tipografia de forma que houvesse equilíbrio e harmonia.

Nome do projeto:



Composições

Nome do Cartão da Gestante:

Junção da versão da Futura LT Book Regular com a versão Bold.



20 cm

13,5 cm

13,5 cm

9 cm

1cm 1cm 1cm 1cm 1cm 1cm

Lembre-se:

Você tem direito a acompanhante na visita à maternidade e na hora do parto.

Hospital/Maternidade:

Endereço: _____

Bairro: _____

Tel: _____

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br



Ministério da
Saúde



Cartão da Gestante

Nome

SISPRENATAL

Hospital/maternidade de referência

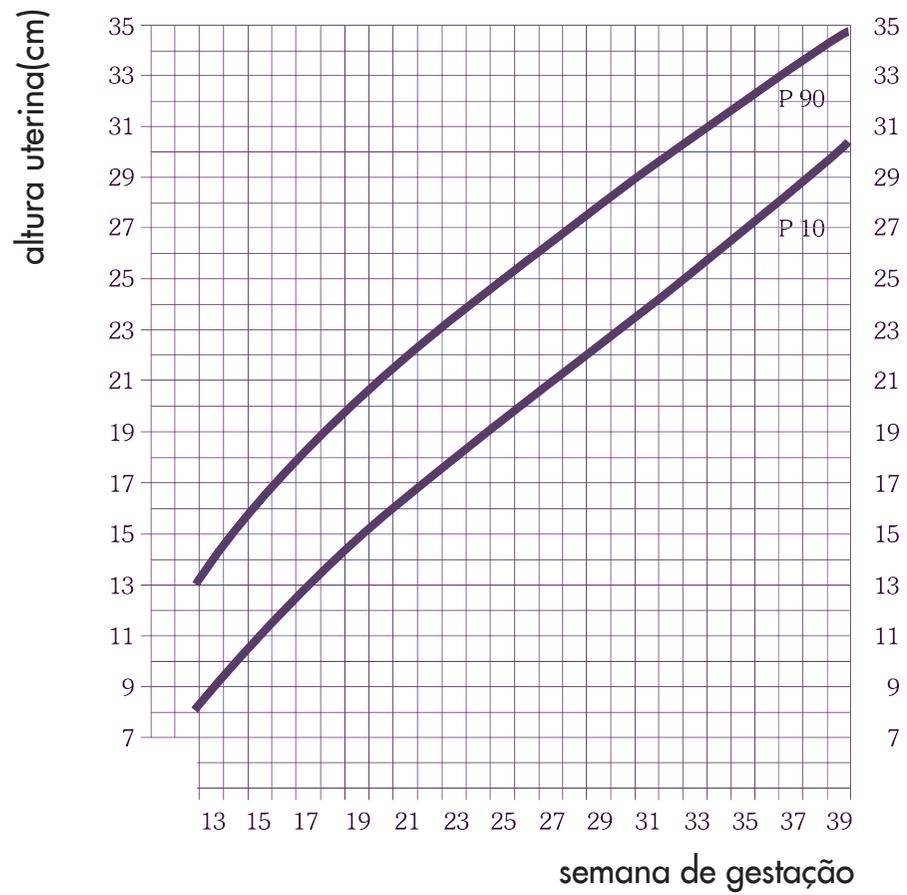
Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

Ministério da Saúde

Identificação

Gráfico

O gráfico ajudou na disposição das informações sobre a Curva de altura gestacional \ idade gestacional.



Tabelas

Nome da criança: _____

Sexo:	Peso (g):	APGAR:	Evolução:
		1º:	
		5º:	

As tabelas ajudaram na disposição das informações sobre:

Registro dos dados o recém-nascido na seção: "Parto e Recém-nascido".

Registros de atendimentos na seção "Gestação Atual".

Registros dos exames laboratoriais e os de imagens, no caso, a ultrassonografia na seção "Exames".

Consultas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Data										
Id.gestacional (semanas)										
Pressão arterial										
Peso(kg) / EDEMA(1 a 4)										
Altura uterina (cm)										
BCF										
Mov. Fetal										
Apresentação (IMC)										
Ass. Profissional										

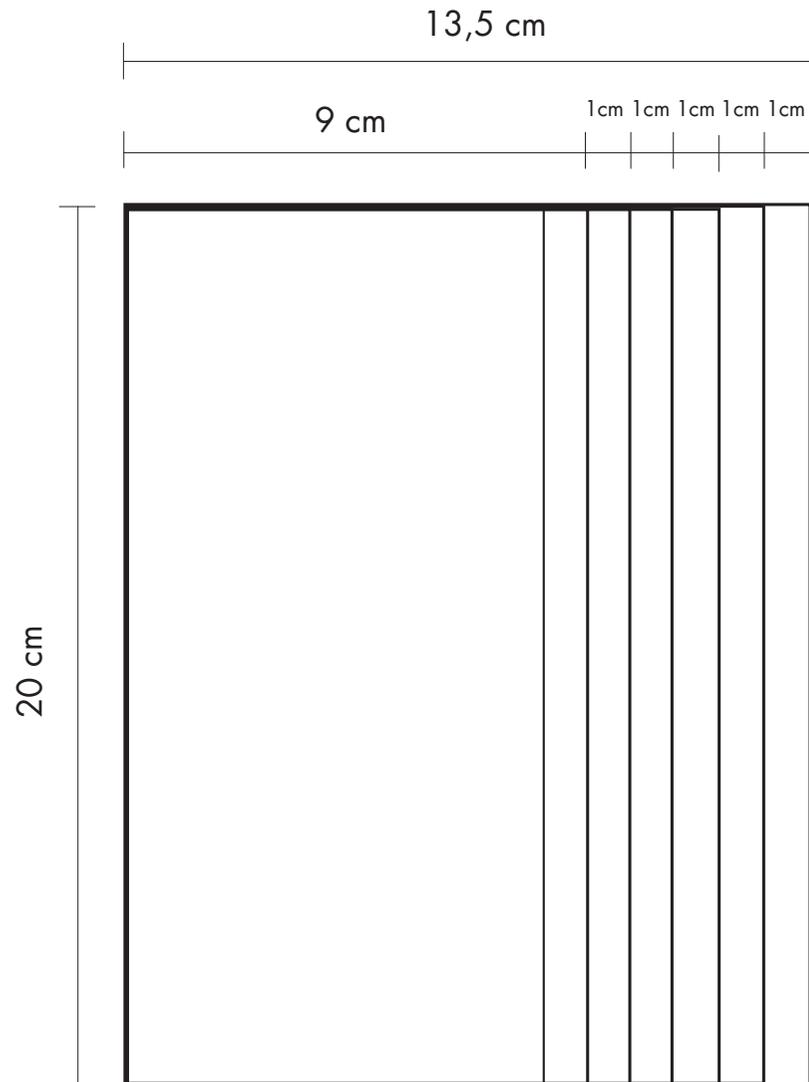
Ultrassonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

Obs.: _____

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/condução
ABO-RH (tipo sanguíneo)					
Hb/Ht (hemograma)					
Glicemia de jejum					
VDRL					
Urina (cultura)					
Anti-HIV					
HBsAg					
Coombs indireto					
TTGO 75g					
Toxoplasmose					
Urocultura / Antibiograma					
Copocitologia oncológica					
Streptococos β					
Protoparasitológico de fezes					
Outros					

Cartão da Gestante



Formato:

Fechado: 20 cm x 13,5 cm

Aberto: 20 cm x 27 cm

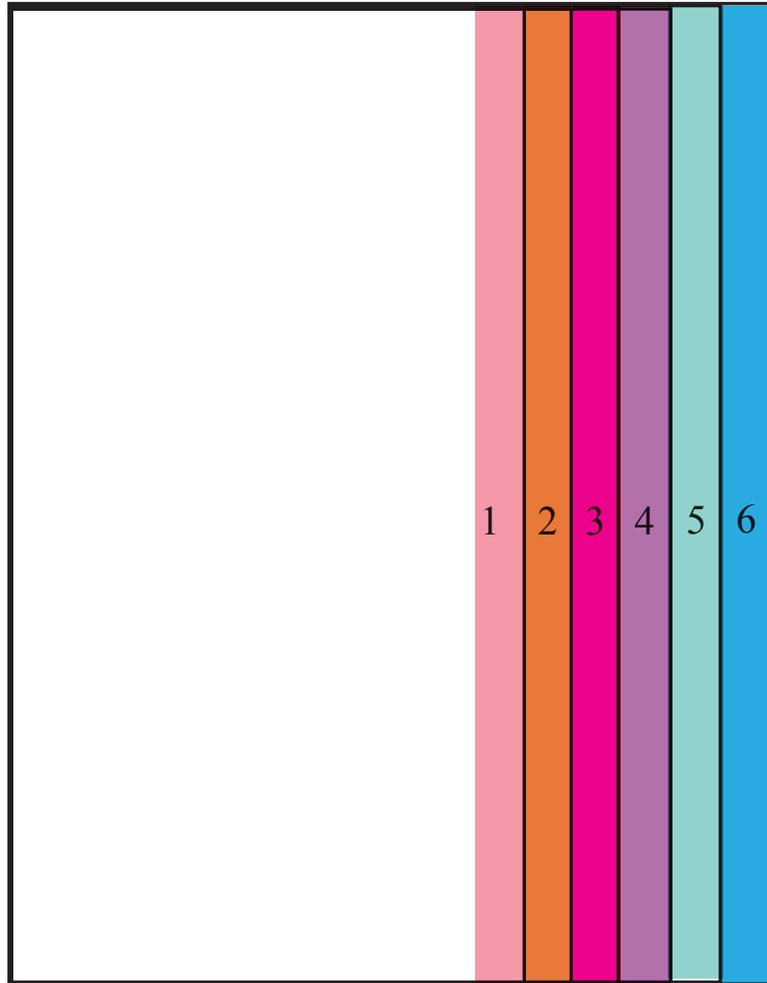
Papel: Opaline 180 g/m²

Impressão: 4/4

Encadernação: Tipo conoa.

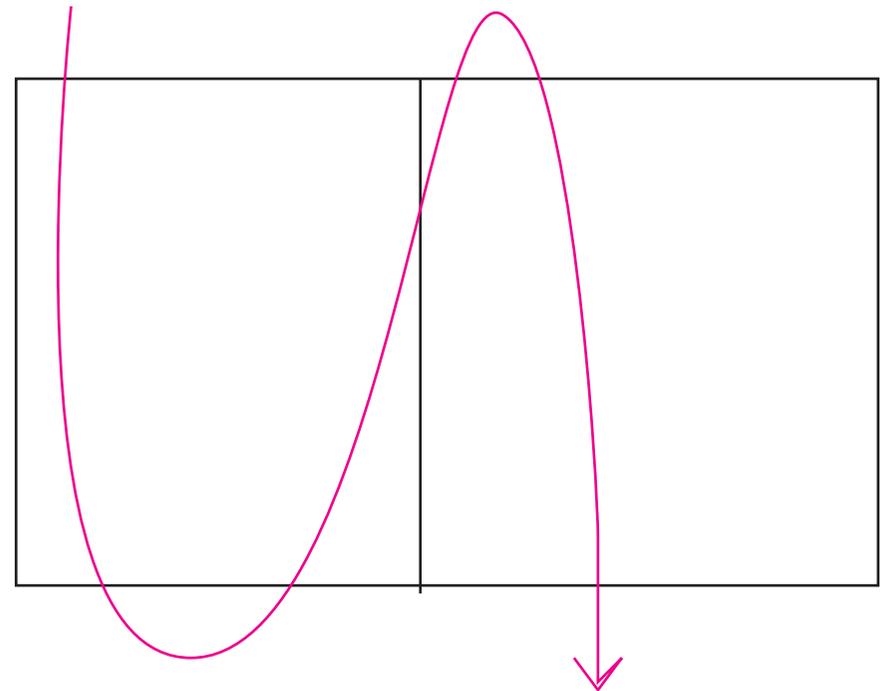
Acabamento: Corte reto, vinco e grampo.

Ordem da leitura da informação



Este tipo de organização das informações do cartão da gestante favorece o conhecimento de todas as etapas promovendo o acesso ao conteúdo adequado com mais agilidade.

As seções ou abas foram fragmentados e diferenciadas através da cor da seguinte forma:





PARTE IV

Versão Final

Cartão da Gestante



O formato para a peça gráfica do cartão da gestante teve como referência do projeto “Sua Vida em movimento” realizado por um escritório de design.

Este tipo de organização das informações do cartão se encaixaram nesse tipo de hierarquização da informação.

As seções ou abas foram divididas e diferenciadas através da cor da seguinte forma:

Identificação

Antecedentes

Gestação Atual

Exames

Parto-Recém nascido

Agendamentos



Cartão da Gestante

Paginação da sequência frente e verso.



The front of the card features a colorful, abstract graphic of a butterfly or flower on the left. To its right, the title "Cartão da Gestante" is written in pink. Below the graphic are three horizontal lines for text: "Nome", "SISPRENATAL", and "Hospital/maternidade de referência". At the bottom, there is a paragraph of instructions and the logo of the "Ministério da Saúde". A vertical pink bar on the right side contains the word "Identificação" written vertically.

Cartão da Gestante

Nome _____

SISPRENATAL _____

Hospital/maternidade de referência _____

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

Ministério da Saúde

Identificação

Atenção gestante!

- É importante não faltar às consultas.
- Seguir orientações da equipe de saúde.
- Tirar suas dúvidas.

Procure uma maternidade se:

- Passar o dia da data esperada do parto.
- Endurecimento da barriga.
- Perda de sangue ou líquido pela vagina.
- Dor de cabeça forte, tontura ou pontos luminosos na visão.
- Bebê parou de mexer por horas.
- Inchaço no rosto de todo o corpo.
- Febre.
- Dor ao urinar.

Volte à unidade de saúde após o parto, marque uma consulta para você e o bebê!

Cartão da Gestante

Identificação

Nome: _____

SIS Pré-natal: _____

Unidade: _____

Cartão SUS: _____

Idade: _____ Menores de 15 ou Maiores 35:

Cor (por autodeclaração):

Branca Preta Parda Amarela Indígena

Alfabetizada: Sim Não

Estudos:

Nenhum Fundamental Médio Superior

Profissão/ocupação: _____

Estado civil/união:

Casada Estável solteira Outro: _____

Renda familiar:

Número de pessoas com renda: _____

Dependentes: N: _____ Idades: _____

Moradia:

Cômodos: _____ Saneamento básico: Sim Não

Endereço: _____

Nº: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____

Distância da residência até a unidade de saúde: Sim Não

Antecedentes

Antecedentes

Familiares

Hipertensão arterial Sim Não

Diabetes mellitus Sim Não

Doenças congênitas Sim Não

Gemelaridade Sim Não

Hanseníase Sim Não

Doença de Chagas Sim Não

Tuberculose Sim Não

Câncer de mama e/ou do colo uterino Sim Não

Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV: Sim Não

Pessoais

Alergias Sim Não

Hipertensão arterial crônica Sim Não

Cardiopatias Sim Não

Doença de Chagas Sim Não

Diabetes mellitus Sim Não

Epilepsia Sim Não

Doenças renais crônicas Sim Não

Desvios nutricionais Sim Não

Malária Sim Não

Viroses (rubéola, hepatite) Sim Não

Infecção do trato urinário Sim Não

Cirurgia (tipo e data) Sim Não

Transfusões de sangue Sim Não

Anemias e deficiências de nutrientes específicos Sim Não

Doenças da tireóide e outras endocrinopatias Sim Não

Cartão da Gestante

Doenças infecciosas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Portadora de infecção pelo HIV	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Doenças neurológicas e psiquiátricas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Ginecológicos

Ciclos menstruais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Anticoncepcionais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Infertilidade e esterilidade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Doenças sexualmente transmissíveis	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Doença inflamatória pélvica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cirurgias ginecológicas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Mamas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Papanicolau ou "preventivo"	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Obstétricos

Gestações: _____ Partos: _____
Abortos: _____ Filhos vivos: _____
Primeira gestação: _____ Intervalo entre as gestações: _____
Isoimunização Rh: _____ Número de recém-nascidos: _____
Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000 g: _____
Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida: _____
Mortes neonatais tardias: Entre sete e 28 dias de vida: _____
Morte fetal: _____ Idade gestacional: _____
Recém-nascidos com:
 icterícia transfusão hipoglicemia ex-sanguíneo
Intercorrências ou complicações em gestações anteriores:
Complicações nos puerpérios: _____
História de aleitamentos anteriores: _____

Gestação atual

Gestação Atual

Última menstruação - DUM ___/___/___

Peso: _____ Altura: _____

Gravidez planejada Sim Não

Internação durante essa gestação Sim Não

Hábitos alimentares saudáveis Sim Não

Fumo, álcool e drogas ilícitas Sim Não

Suporte social Sim Não

Sinais e sintomas na gestação em curso:

Medicamentos usados na gestação: _____

Sexualidade:

Início da atividade sexual: _____

Dispareunia: Sim Não

Sexo na gestação ou em gestações anteriores Sim Não

Parceiros da gestante: _____ Preservativos: Sim Não

Dados da evolução:

Cartão da Gestante

Consultas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Data										
Id.gestacional (semanas)										
Pressão arterial										
Peso(kg) / EDEWA(1 a 4)										
Altura uterina (cm)										
BCF										
Mov. Fetal										
Apresentação (M/C)										
Ass. Profissional										

Exames

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/condução
ABO/RH (tipo sanguíneo)					
Hb/Ht (hemograma)					
Glicemia de jejum					
VDRL					
Urina (cultura)					
Anti-HIV					
HBsAg					
Coombs indireto					
TTGO /5g					
Toxoplasmose					
Urocultura / Antibiograma					
Coprocitologia ancófica					
Streptococos β					
Protoparasitológico de fezes					
Outros					

Parto - Recém-nascido

Cartão da Gestante

Contra Capa

Lembre-se:

Você tem direito a acompanhante na visita à maternidade e na hora do parto.

Hospital/Maternidade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Tel: _____

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

SUS Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA



Cartão da Gestante

Nome _____

SISPRENATAL _____

Hospital/maternidade de referência _____

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

Ministério da Saúde

Identificação



Cartão da Gestante

Versão com todas as abas visualizadas.

Arquivo final fechado e montado em ordem de páginas frente e verso para a impressão estão dispostas nas páginas seguintes de forma.

Lembre-se:

Você tem direito a acompanhante na visita à maternidade e na hora do parto.

Hospital/Maternidade:

Endereço: _____

Bairro: _____

Tel: _____



Ministério da
Saúde



Cartão da Gestante

Nome

SISPRENATAL

Hospital/maternidade de referência

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

Ministério da Saúde

Identificação

Atenção gestante!

- É importante não faltar às consultas.
- Seguir orientações da equipe de saúde.
- Tirar suas dúvidas.

Procure uma maternidade se:

- Passar o dia da data esperada do parto.
- Endurecimento da barriga.
- Perda de sangue ou líquido pela vagina.
- Dor de cabeça forte, tontura ou pontos luminosos na visão.
- Bebê parou de mexer por horas.
- Inchaço no rosto de todo o corpo.
- Febre.
- Dor ao urinar.

Volte à unidade de saúde após o parto, marque uma consulta para você e o bebê!

Agendamentos

Data: ___/___/___ Hora: ___:___ Professional: _____
Data: ___/___/___ Hora: ___:___ Professional: _____

Encaminhamentos/Interações

Outros

Parto

Data prevista parto: ___/___/___

Data do parto: ___/___/___ Hora: ___:___

Local: _____

Tipo: _____

Indicação: _____

Intercorrências no Puerpério: Sim Não

Quais: _____

Recém-nascido

Nome da criança: _____

Sexo:	Peso (g):	APGAR:	Evolução:
		1º:	
		5º:	

Identificação

Nome: _____

SIS Pré-natal: _____

Unidade: _____

Cartão SUS: _____

Idade: _____ Menores de 15 ou Maiores 35:

Cor (por autodeclaração):

Branca Preta Parda Amarela Indígena

Alfabetizada: Sim Não

Estudos:

Nenhum Fundamental Médio Superior

Profissão/ocupação: _____

Estado civil/união:

Casada Estável solteira Outro: _____

Renda familiar:

Número de pessoas com renda: _____

Dependentes: N: _____ Idades: _____

Moradia:

Cômodos: _____ Saneamento básico: Sim Não

Endereço: _____

Nº: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____

Distância da residência até a unidade de saúde: Sim Não

Antecedentes

Familiares

- Hipertensão arterial Sim Não
 Diabetes mellitus Sim Não
 Doenças congênitas Sim Não
 Gemelaridade Sim Não
 Hanseníase Sim Não
 Doença de Chagas Sim Não
 Tuberculose Sim Não
 Câncer de mama e/ou do colo uterino Sim Não
 Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV: Sim Não

Pessoais

- Alergias Sim Não
 Hipertensão arterial crônica Sim Não
 Cardiopatias Sim Não
 Doença de Chagas Sim Não
 Diabetes mellitus Sim Não
 Epilepsia Sim Não
 Doenças renais crônicas Sim Não
 Desvios nutricionais Sim Não
 Malária Sim Não
 Vírus (rubéola, hepatite) Sim Não
 Infecção do trato urinário Sim Não
 Cirurgia (tipo e data) Sim Não
 Transfusões de sangue Sim Não
 Anemias e deficiências de nutrientes específicos Sim Não
 Doenças da tireóide e outras endocrinopatias Sim Não

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/conduita
ABO-RH (tipo sanguíneo)					
Hb/Ht (hemograma)					
Glicemia de jejum					
VDRL					
Urina (cultura)					
Anti-HIV					
HBsAg					
Coombs indireto					
TTGO 75g					
Toxoplasmose					
Urocultura / Antibiograma					
Coprocitologia oncolítica					
Streptococos β					
Protoparasitológico de fezes					
Outros					

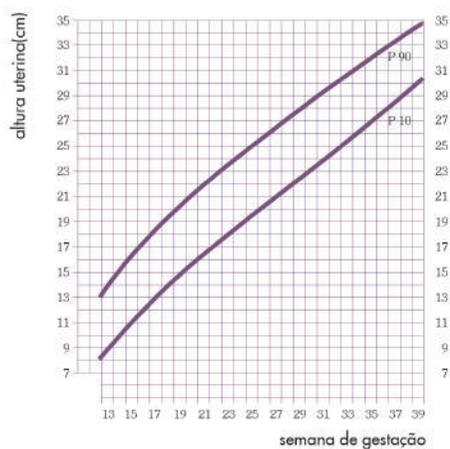
Exames

Ultrassonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

Obs.: _____

Curva de altura uterina / idade gestacional



Doenças infecciosas Sim Não
 Portadora de infecção pelo HIV Sim Não
 Doenças neurológicas e psiquiátricas Sim Não

Ginecológicos

Ciclos menstruais Sim Não
 Anticoncepcionais Sim Não
 Infertilidade e esterilidade Sim Não
 Doenças sexualmente transmissíveis Sim Não
 Doença inflamatória pélvica Sim Não
 Cirurgias ginecológicas Sim Não
 Mamas Sim Não
 Papanicolau ou "preventivo" Sim Não

Obstétricos

Gestações: _____ Partos: _____
 Abortos: _____ Filhos vivos: _____
 Primeira gestação: _____ Intervalo entre as gestações: _____
 Isoimunização Rh: _____ Número de recém-nascidos: _____
 Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000 g: _____
 Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida: _____
 Mortes neonatais tardias: Entre sete e 28 dias de vida: _____
 Morte fetal: _____ Idade gestacional: _____
 Recém-nascidos com:
 icterícia transfusão hipoglicemia ex-sanguíneo
 Intercorrências ou complicações em gestações anteriores:
 Complicações nos puerpérios:

 História de aleitamentos anteriores:

Gestação Atual

Última menstruação – DUM ___/___/___

Peso: _____ Altura: _____

Gravidez planejada Sim Não

Internação durante essa gestação Sim Não

Hábitos alimentares saudáveis Sim Não

Fumo, álcool e drogas ilícitas Sim Não

Suporte social Sim Não

Sinais e sintomas na gestação em curso:

Medicamentos usados na gestação: _____

Sexualidade:

Início da atividade sexual: _____

Dispareunia: Sim Não

Sexo na gestação ou em gestações anteriores Sim Não

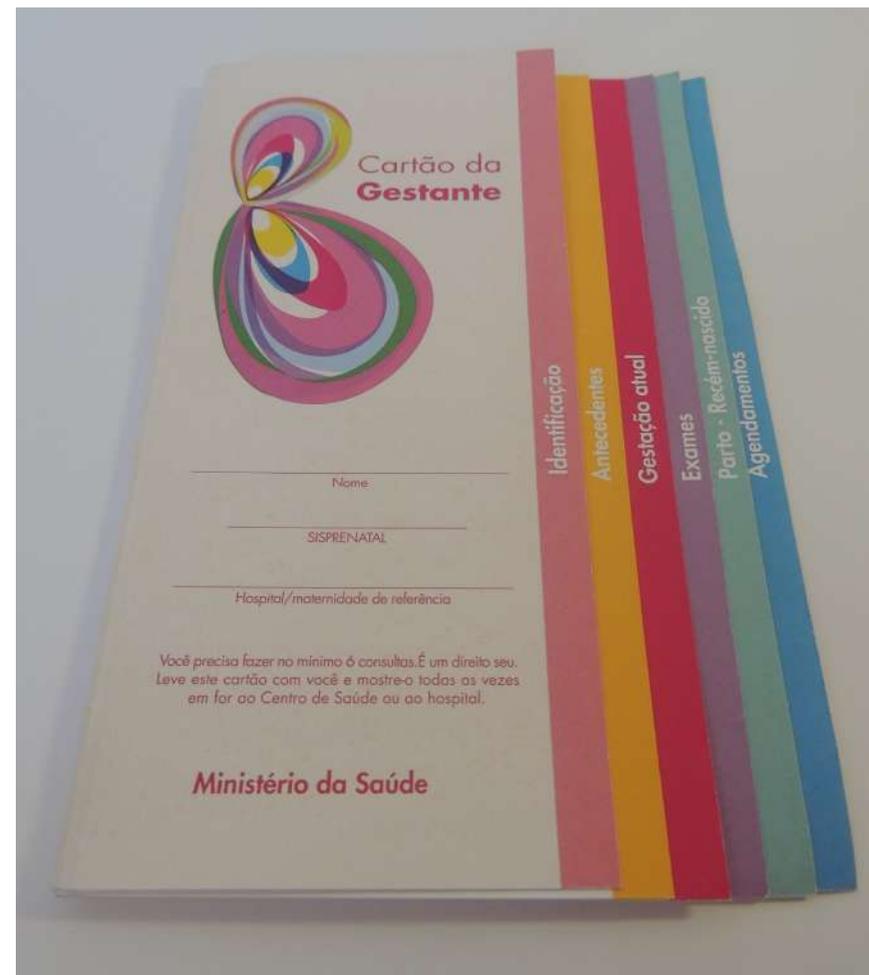
Parceiros da gestante: _____ Preservativos: Sim Não

Dados da evolução:

Consultas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Data										
Id.gestacional (semanas)										
Pressão arterial										
Peso(kg) / EDEMA (1 a 4)										
Altura uterina (cm)										
BCF										
Mov. Fetal										
Apresentação (IMC)										
Ass. Profissional										

Documentação fotográfica







Desdobramentos

A peça Cartão da gestante estaria inserido em um programa já existente ou ainda idealizado, este projeto é parte de todo um sistema de atendimento a saúde da mulher, pré-natal, parto e pós-parto.

O Cartão seria uma das peças de um KIT para gestantes, dando suporte ao pré-natal.

Nesse kit estariam mais elementos, como por exemplo:

1 pasta para guardar as receitas, encaminhamentos e os resultados dos exames.

1 Cartão da gestante

1 Ficha Clínica de Acompanhamento do Pré-Natal

1 Cartilha da gestante

1 Material de suporte das palestras educativas.

1 Agenda.

1 Bolsa para armazenar todos esses itens.

Entre outros elementos como um pendrive com todas as informações sobre a gestação. Além de uma versão digital ou de um aplicativo para celular ou tables.

Conclusão

Esse projeto propõe a transmissão de informação e conhecimento sobre a maternidade. A importância do planejamento familiar, a atenção a mulher e a família em um momento tão importante na vida de uma mulher.

Buscou gerar uma alternativa de forma de atendimento as gestantes um mais cuidado e atenção através de peças gráficas mais eficientes para o registro das informações sobre a gestação.

O pré-natal, o parto e pós-parto são fases únicas de valores inestimáveis que precisam ser respeitados por ser uma questão que envolve vidas.

Ou seja, a peça principal de estudo, o cartão da gestante, sendo bem projetado e sendo preenchido corretamente pelos profissionais de saúde podem até salvar uma vida.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e manias técnicos).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assistência Pré-natal*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B: Textos básicos de saúde, 6).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Epidemiologia. Programa Nacional de Imunizações. *Manual de vacinação*. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 69 p. (Série A: Normas e manuais técnicos, 15).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Controle de doenças sexualmente transmissíveis. Brasília, 1985. 70 p.

Sites visitados

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/cartao_gestante_2006.pdf

http://portal.saude.gov.br/saude/campanha/cartaz_hepatite_gestantes_260711.jpg

<http://www.promatrix.com.br/spip.php?article93>

http://bebe.abril.com.br/gravidez/saude/conteudo_244642.php

<http://www.partodomiciliar.com/index.php/Tipos-de-Parto.html>

http://www.hospitaldamulher.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=86&Itemid=110

http://guiadobebe.uol.com.br/parto/parto_cesarea.htm

http://cyberdiet.terra.com.br/cyberdiet/colunas/080616_sau_parto.htm

<http://www.partohumanizado.com.br/artigos.html>

http://br.geocities.com/dio_barros/parto

<http://www.despertardoparto.com.br/Home/ArtigosporEleonora/TiposdePartoQueclassifica%C3%A7%C3%A3o%C3%A9essa/tabid/380/Default.aspx>

Cartão

DVD