

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Caroline Beal

GRUPO DE GESTANTES PARA QUALIFICAÇÃO DO PRÉ NATAL E MELHORA
DA ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

PASSO FUNDO – RS

2017

CAROLINE BEAL

GRUPO DE GESTANTES PARA QUALIFICAÇÃO DO PRÉ NATAL E MELHORA
DA ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação da professora Cátia Maria Justo.

PASSO FUNDO – RS

2017

SUMÁRIO

1 ATIVIDADE 1 DO PORTIFÓLIO - INTRODUÇÃO	03
2 ATIVIDADE 2 DO PORTIFÓLIO – ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	05
3 ATIVIDADE 3 DO PORTIFÓLIO – PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	07
4 ATIVIDADE 4 DO PORTIFÓLIO – VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	09
5 ATIVIDADE 5 DO PORTIFÓLIO – REFLEXÃO CONCLUSIVA	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	12

1 ATIVIDADE 1 DO PORTIFÓLIO – INTRODUÇÃO

Sou Caroline Beal, formada em medicina pela UNOESC (Universidade do Oeste de Santa Catarina) em julho de 2015. Trabalhei como médica plantonista na Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba até iniciar as atividades no PROVAB. Atualmente estou alocada para Passo Fundo/RS, município com uma população estimada para 2016 de 197.798. Trabalho na ESF Ricci, pertencente ao bairro Villa Ricci, nossa estratégia tem uma equipe que atende a uma população de quase 5.000 pessoas.

Para conhecer seu território de responsabilidade para além da paisagem, não basta a equipe da unidade de saúde o olhar desarmado, que não ultrapassa a superfície dos fenômenos. Recomenda-se a aproximação com o olhar do antropólogo, que procura ativamente estranhar o que lhe é familiar e familiarizar-se com o que lhe é estranho (CHIESA; KON, 2007 P.313).

A melhor forma que encontrei para definir o território foi: heterogeneidade socioeconômica, ambiental e sanitária. Mesmo que toda a população seja urbana, são nítidas as desigualdades sociais do bairro em que trabalho, vistos pelas moradias improvisadas a residências de alto padrão construtivo ou pelos lugares menos favorecidos de infraestrutura ambiental e sanitária dos pacientes mais pobres. Outra diferença nítida do território é a área comercial, em que parte de uma das principais avenidas da cidade compõe a população delimitada no território até uma área plenamente residencial.

Algo a se destacar, é que não há espaço de lazer no bairro, por exemplo, uma praça. Há uma única escola da rede pública que atende alunos até o nono ano e uma creche particular.

O Programa Saúde da Família foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1994 com o objetivo de reorganizar a atenção básica, sendo referência de porta de entrada para a população (GOMES; PINHEIRO, 2005). O perfil nosológico em nossa unidade consiste na prevalência de doenças crônicas degenerativas (como osteoartrose, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2); em segundo lugar as demandas imediatas e em terceiro lugar pré-natal e puericulturas.

O projeto de intervenção consiste em um grupo de gestantes para a qualificação do pré natal e melhora da adesão ao aleitamento materno. A atenção no pré-natal tem como objetivo monitorar e acompanhar a gestação para identificar e intervir nas situações de risco à saúde materna e fetal. A amamentação traz

inúmeros benefícios para o binômio mãe/bebê. Todavia a baixa adesão ao pré natal ou o início quando não é mais possível intervir/prevenir inúmeras doenças e o abandono precoce da amamentação são uma realidade com que nos deparamos frequentemente, e, são muitos os motivos, sobretudo, a insuficiência de orientações sobre o tema.

2 ATIVIDADE 2 DO PORTIFÓLIO – ESTUDO DE CASO CLÍNICO

CB, 28 anos, dançarina, branca, solteira, moradora de Passo Fundo/RS procura atendimento médico referindo surgimento de vários machucados na genitália os quais surgiram há cerca de 5 dias como se fossem pelos encravados que começaram a estourar e abrir feridas bastante dolorosas. Não se recorda de episódios anteriores semelhantes e relata que a situação vem lhe deixando bastante incomodada, pois novas feridas vêm surgindo e a pasta d'água que aplica diariamente não tem apresentado melhora.

Nega patologias prévias.

Consumo moderado de bebida alcoólica. Nega tabagismo. Prática de atividade física regular. Único parceiro.

Antecedentes familiares: mãe hipertensa; desconhece família paterna (paciente mora com mãe, padrasto e uma irmã de 10 anos, é fruto de um romance da mãe na adolescência).

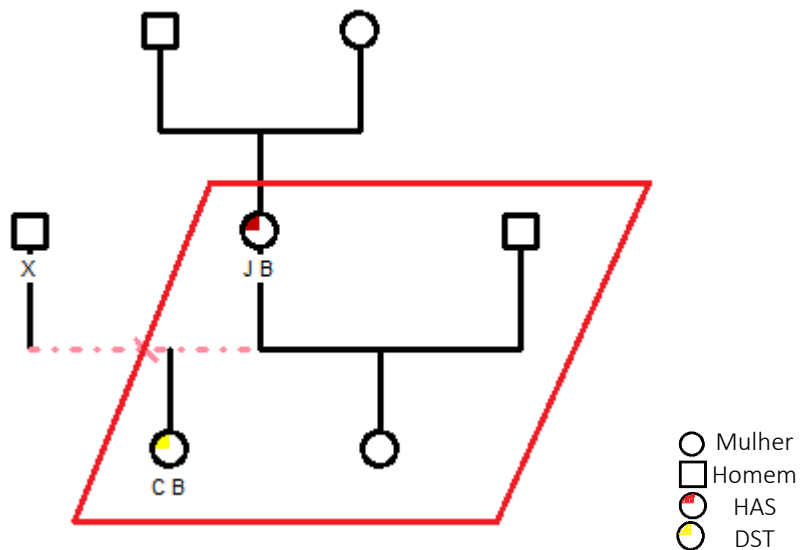


Figura 1: Genograma da Família B

Exame físico:

BEG, LACO

Peso 47Kg Alt 1.56 PA 110X60

AC: 2T, RR, SS, BNF

AP: MVRD, SRA

Ao exame ginecológico, observam-se múltiplas úlceras raras, com fundo limpo, bordos irregulares, porém bem delimitados e hiperemiados. As lesões são

dolorosas ao toque, acometendo grandes e pequenos lábios, e região perineal posterior, medindo 0.5 a 2 cm cada. Há também aumento de linfonodos inguinais bilateralmente, que se encontram dolorosos e sem supuração.

Exame especular evidencia lesão ulcerada com as mesmas características em colo do útero, porém ausência de lesão cervical.

Hipótese diagnóstica:

Primoinfecção herpética (BRASIL, 2006).

Conduta:

Sintomáticos (analgésicos e anti-histaminicos), limpeza local (solução fisiológica e água boricada) e segundo Brasil (2006) e Centers for disease control and prevention (2015) aciclovir 400mg VO 8/8horas por 7 dias.

Orientação de não manter relação sexual enquanto doença ativa, da incurabilidade e recorrência da doença (o tratamento com antiviral não erradica o vírus, mas encurta duração, diminui intensidade e recorrência). Aconselhamento sobre doenças sexualmente transmissíveis (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015).

3 ATIVIDADE 3 DO PORTIFÓLIO – PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Considerando-se os casos e o tema do projeto de intervenção, a presente atividade abrangerá o tema diagnóstico de diabetes gestacional.

Segundo a ADA (American Diabetes Society, 2012), diabetes gestacional é a intolerância aos carboidratos em variados graus de intensidade, iniciada durante a gestação, e que pode ou não persistir após o parto.

Estima-se que a incidência no Brasil seja em torno de 2.5 a 7.5% das gestações.

Na definição recente, é um distúrbio de gravidez avançado, desta forma, a hiperglicemia identificada no primeiro trimestre é devido a uma doença prévia a gestação. Já na definição antiga, qualquer diabetes diagnosticado durante a gravidez é considerado diabetes gestacional (como ainda acontece no rastreio preconizado pelo Ministério da Saúde).

É válido destacar que o rastreamento e o diagnóstico são temas extremamente polêmicos e não há um consenso.

Segundo a International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (2010), a American Diabetes Association (2012/2013) e a Organização Mundial da Saúde (2013) o rastreio é feito para todas as pacientes na primeira consulta pela glicemia de jejum (GJ). Se neste exame a paciente apresentar valores maiores ou iguais a 92 e menores que 126, confirmada em segundo exame, ela já possui o diagnóstico sem necessidade de realização de teste oral de tolerância a glicose (TOTG). Vale ressaltar que a American Diabetes Association não utiliza essa recomendação e permite o diagnóstico apenas com TOTG.

Em pacientes sem diagnóstico no começo da gravidez os três protocolos recomendam a realização do TOTG 75 g entre 24 e 28 semanas. Cujos valores para diagnóstico são GJ maior ou igual a 92, glicemia após uma hora maior ou igual a 180 e após 2 horas maior ou igual a 153. Qualquer valor alterado confirma o diagnóstico.

Já segundo o Manual Técnico de Gestação de Alto do Ministério da Saúde (2012), toda a gestante será submetida à dosagem de GJ na primeira consulta de pré-natal. O rastreio é considerado positivo com valores maiores ou iguais a 85 e/ou na presença de qualquer fator de risco para diabetes gestacional. Na ausência de

fatores de risco e GJ abaixo de 85, o rastreio é negativo e repete-se a glicemia de jejum entre 24 e 28 semanas. Se os valores forem maiores ou iguais a 126 já fecha diagnóstico.

Para as pacientes com rastreio positivo, dever-se-á realizar TOTG entre 24 e 28 semanas. Os valores para considerar positivo são GJ maior ou igual a 95, na primeira hora maior ou igual a 180, e na segunda hora é maior ou igual a 155. Diferente dos demais protocolos, há a necessidade de dois valores positivos para confirmar o diagnóstico.

Os fatores de risco segundo o Ministério da Saúde (2012) são: idade igual ou superior a 35 anos; índice de massa corpórea maior que 25; antecedente pessoal de diabetes gestacional; antecedente familiar de diabetes mellitus (parentes de primeiro grau); macrossomia ou polidramnia em gestação anterior; óbito fetal sem causa aparente em gestação anterior; malformação fetal em gestação anterior; uso de medicamentos hiperglicemiantes; síndrome dos ovários policísticos; hipertensão arterial crônica; ganho de peso excessivo na gestação atual e suspeita clínica ou ultrassonográfica de crescimento fetal excessivo ou polidramnia.

4 ATIVIDADE 4 DO PORTIFÓLIO – VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Na atenção básica, várias ações são realizadas no domicílio, como o cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Cabe destacar a diferença desses tipos de ações, quando realizadas isoladamente, daquelas destinadas ao cuidado aos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado (Ministério da Saúde, 2012, p.22). É deste cuidado de domicílio que abordaremos.

Há um turno específico para as visitas médicas domiciliares na unidade (sexta-feira, período matutino), e as mesmas são agendadas por pacientes via telefone, familiares, cuidadores e agentes comunitários de saúde. Em caso de demanda maior que a disponível, os pacientes são avaliados em visitas prévias pela enfermeira e avaliada a possibilidade de atendimento na semana seguinte. O acompanhamento da equipe de enfermagem não tem dia específico, são realizadas conforme necessidade.

Há um predomínio de atendimento de pacientes idosos, impossibilitados de se deslocar a unidade de saúde, com patologias crônicas degenerativas compensadas, em esporádicas situações o quadro torna-se agudo.

Na área de abrangência possuímos três pacientes acamados permanentes, dois devido à sequela de acidente vascular cerebral (não especificado como isquêmico ou hemorrágico) há 12 e 18 anos e um jovem de 26 anos com hidrocefalia. Os três com cuidadores que pertencem à família, as quais já estão adaptadas à situação e os cuidados com os mesmos são ímpares.

Vale ressaltar que o cuidador é a pessoa que presta os cuidados diretamente, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família (Ministério da Saúde, 2012, p.24). Os cuidadores tem total suporte de nossa equipe de saúde, seja para sanar suas dúvidas e anseios, seja para demanda do paciente. Há uma predominância na queixa de se sentirem sobrecarregados e o pouco tempo em poder estar afastados do paciente, então os mesmos são atendidos por demanda espontânea em nossa unidade.

O processo de cuidar da pessoa assistida pressupõe a participação do paciente (se possibilitado), do cuidador, dos familiares e da equipe, desta forma, as responsabilidades devem ser pactuadas.

5 ATIVIDADE 5 DO PORTIFÓLIO – REFLEXÃO CONCLUSIVA

Quanto ao eixo 1, foi de fundamental importância o aprofundamento no campo de saúde coletiva. Ter melhor consistência em alguns conteúdos e aprender outros (como o georreferenciamento) auxiliou na plenitude do cuidado, pode-se dizer que com o novo conhecimento houve uma reorientação nas práticas em saúde, sistematizando as bases de promoção, proteção e assistência.

Poder colocar em prática o conteúdo e repassá-lo para equipe foi de suma importância para fixar conhecimentos, auxiliar a equipe a desenvolver tarefas e tratar a comunidade da área de abrangência com integralidade, equidade e de forma universal.

Quanto ao eixo 2, há uma maior revisão de conhecimentos, pouco acréscimo. Porém muita proximidade com os conteúdos da rotina da ESF. O que faz repensar algumas condutas.

Desta forma, conclui-se que o presente curso de especialização não traz apenas conhecimento ao profissional, mas benefícios a toda a comunidade que o rodeia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 4. ed.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico “Gestão de Alto Risco**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**, v.1. 2012. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf> Acesso em: 04 abr. 2017.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Sexually Transmitted Diseases, Treatment Guidelines**, 2015. Atlanta: CDC, 2015. Disponível em <<http://www.cdc.gov/std/tg2015/herpes.htm>> Acesso em: 23 de jan. 2017.

CHIESA AM; KON R. **Compreensão do território: instrumento de gestão em atenção primária a saúde**. A enfermagem na gestão em atenção primária a saúde. Manole, 2007.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo: práticas de Acolhimento e vínculo: integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos**. Interface – Comunicação, saúde e educação, Mar/Ago 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06>> Acesso em: 15 de dez. 2016.

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DIABETES AND PREGNANCY STUDY GROUPS CONSENSUS PANEL. **International Association of Diabetes and Pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of the hyperglycemia in pregnancy**. Diabetes Care, Março, 2010. Disponível em < <http://care.diabetesjournals.org/content/33/3/676>> Acesso em: 21 de mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy**, 2013. < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85975/1/WHO_NMH_MND_13.2_eng.pdf> Acesso em: 21 mar. 2017.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA SUS
PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

CAROLINE BEAL

ESTRATÉGIAS DE ENSINO – GRUPO DE GESTANTES PARA QUALIFICAÇÃO
DO PRÉ NATAL E MELHORA DA ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

PASSO FUNDO – RS

2016

CAROLINE BEAL

ESTRATÉGIAS DE ENSINO – GRUPO DE GESTANTES PARA QUALIFICAÇÃO
DO PRÉ NATAL E MELHORA DA ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Medicina da Família e Comunidade da Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial para obtenção do título de Médica em Medicina da Família e Comunidade.

PASSO FUNDO – RS

2016

RESUMO

A atenção no pré-natal tem como objetivo monitorar e acompanhar a gestação para identificar e intervir nas situações de risco à saúde materna e fetal. A amamentação traz inúmeros benefícios para o binômio mãe/bebê. Todavia o abandono precoce é uma realidade com que nos deparamos frequentemente, pois são muitos os motivos que levam à suspensão do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) antes do período preconizado, sobretudo, a insuficiência de orientações sobre o tema. Este trabalho trata-se de um projeto de intervenção, com o objetivo de desenvolver uma estratégia (grupo de gestantes) que aumente a adesão de gestantes ao pré-natal, assim como incentivar a prática do aleitamento materno. Os sujeitos da intervenção serão as gestantes pertencentes à área da Unidade Estratégia Saúde da Família Ricci. Os grupos ocorrerão com a periodicidade de um encontro mensal, onde as gestantes poderão ter a oportunidade de compartilhar seus conhecimentos, esclarecer dúvidas e somar os conhecimentos repassados pelos profissionais da ESF. Espera-se com este, melhorar a adesão ao pré-natal e aumentar os índices de aleitamento materno.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Atenção primária à saúde. Cuidado Pré-Natal.

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. PROBLEMATIZAÇÃO	18
3. JUSTIFICATIVA	19
4. OBJETIVOS	20
4.1GERAL	20
4.2 ESPECÍFICO	20
5. REVISÃO DA LITERATURA	21
6. METODOLOGIA	23
7. CRONOGRAMA	24
8. RECURSOS NECESSARIOS	25
9. RESULTADOS ENCONTRADOS	26
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

1 INTRODUÇÃO

O presente projeto de intervenção realizar-se-á em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município brasileiro da região sul, localizado no interior do Rio Grande do Sul. Passo Fundo tem uma população estimada, segundo o Censo de 2010, para 2016 de 197.798 pessoas (IBGE, 2010). Já a ESF Vila Ricci, pertencente ao bairro Villa Ricci, apresenta uma equipe que atende a uma população de quase 5.000 pessoas.

Uma parcela significativa dos programas atuais de atenção pré-natal é originada de modelos desenvolvidos em países ocidentais nas primeiras décadas do século passado. Embora, muitos tenham calendário e conteúdo similares, diferem quanto ao tipo de profissionais envolvidos, às práticas recomendadas e realizadas, além de diferentes taxas de adesão de mulheres (SILVA, 2005).

As realidades do panorama obstétrico, confrontada com as taxas altas de morbimortalidade materna e perinatal, induziram o Ministério da Saúde em 2000, implantar no Brasil, o programa de humanização do parto e do nascimento (PHPN) que criou um protocolo mínimo de ações recomendadas para diminuir a mortalidade materna e perinatal. Dentre estas ações destaca-se: favorecer e promover o início precoce do cuidado pré-natal; assegurar a cobertura universal; garantir a periodicidade das consultas, efetuando no mínimo seis consultas e promover atividades educativas. O programa trouxe em seu bojo a discussão sobre as práticas pré-natais, aleitamento materno (AM) e suas bases conceituais, em consonância com os modelos utilizados em todo o mundo.

O aleitamento ao seio materno é uma etapa do processo reprodutivo feminino, cuja prática resulta em benefícios para a saúde da mulher e da criança envolvidas no processo de amamentação, bem como repercussões positivas para a sociedade. Ao optar pela prática, a mãe além de prover alimento ao filho, mantém proximidade corporal repleta de sentidos para a relação mãe e bebê (TAKUSHI *et al.*, 2008). Mesmo com a criação de programas de incentivo à prática de aleitamento materno (AM), assim como a ampla divulgação dos benefícios que a mesma oferece, as taxas mundiais de amamentação ainda permanecem abaixo dos níveis recomendados (FRANCO *et al.*, 2008). Por essa razão, é de fundamental importância o fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao AM para aumento desses índices e diminuição das taxas de mortalidade infantil.

Em vista disso, partindo do pressuposto de que a orientação efetiva das gestantes sobre o acompanhamento pré-natal, as modificações corporais e psicológicas e da importância do aleitamento materno no período pós-natal aumentam as adesões às consultas e seus conhecimentos sobre o assunto, e que, existe uma associação positiva entre conhecimento materno em amamentação e prevalência da mesma, foi delineado a presente proposta de intervenção.

2 PROBLEMA

Necessidade de melhorar a adesão ao aleitamento materno, através da utilização de práticas de educação em saúde, direcionadas para as gestantes vinculadas a ESF Ricci.

3 JUSTIFICATIVA

É inegável a importância do aleitamento ao seio para a saúde humana, principalmente nos dois primeiros anos de vida, visto que a mesma atende as necessidades nutricionais, metabólicas, imunológicas.

Porém, segundo Silva *et al* (2014), as taxas de aleitamento materno ainda não atingiram números satisfatórios no Brasil. Considerando também, que a atenção pré-natal tem como objetivo monitorar e acompanhar a gestação para identificar e intervir nas situações de risco à saúde materna e fetal.

E segundo Victora (2001), cerca de 15% das brasileiras não fazem uma única consulta médica durante a gestação e que em torno de 33% iniciam o pré-natal, quando não é mais possível prevenir um grande número de doenças. Intervenções que aumentem a adesão das futuras mães às consultas e que incentivem o aleitamento materno são de extrema importância em nossa ESF e nas demais do país.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um plano que aumente a adesão das gestantes cadastradas na ESF Vila Ricci no pré-natal, e através deste encorajar a prática do aleitamento materno.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as lacunas que favorecem para a não adesão das gestantes aos pré-natais;
- Detectar dúvidas das gestantes sobre as transformações psicológicas e fisiológicas que ocorrem durante a gestação;
- Confrontar a adesão no pré-natal antes e após a implantação do projeto de intervenção;
- Avaliar o conhecimento das futuras mães sobre o aleitamento materno;
- Explicar os benefícios e por intermédio deste estimular a prática de aleitamento materno;

5 REVISÃO DE LITERATURA

A assistência pré-natal deve proporcionar cobertura universal sendo iniciada no primeiro trimestre de gestação, com consultas agendadas. O Ministério da Saúde preconiza uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro (ANDREUCCI; CECATTI, 2011). Porém, segundo Victora (2001), cerca de 15% das brasileiras não fazem uma única consulta médica durante a gestação.

Andreucci; Cecatti (2011) destacaram a importância das atividades educativas e afirmaram que as gestantes que participam de algum grupo de pré-natal tem maior chance de cuidar de si próprias e do bebê, sem ansiedade e medo.

Segundo Pichon-Rivière (2005)

Grupo é um conjunto de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe, de forma explícita ou implícita, uma tarefa que constitui sua finalidade.

As ações educativas do grupo de pré-natal podem abordar temas como: importância do pré-natal; modificações corporais e emocionais; sintomas comuns na gravidez e como lidar com os mesmos; alimentação saudável; cuidados de higiene; cuidados com as mamas; importância do aleitamento materno; atividade física; sexualidade; benefícios legais aos quais a mulher tem direito; o parto e o puerpério; importância no planejamento familiar; cuidados com o recém nascido; importância do acompanhamento no crescimento e desenvolvimento da criança; e questões escolhidas pelas próprias mulheres participantes (LOURENÇO, 2014).

Destaca-se como sintoma comuns na gravidez: náuseas, vômitos e tonturas; pirose; eructação e plenitude gástrica; sialorréia; fraqueza e desmaio; dor abdominal, cólica, flatulência e obstipação intestinal; doença hemorroidária; corrimento vaginal; queixas urinárias; falta de ar e dificuldade para respirar; mastalgia e descarga papilar; dor lombar; cefaleia; sangramento gengival; varizes; câimbras; cloasma gravídico; estrias; palpitação; edema; epistaxe e obstrução nasal; paresia; insônia e hipersonia (LOURENÇO, 2014).

Abrir um espaço de discussão para as pacientes expressarem as vivências relativas à gravidez, ajudar na elaboração desta situação de vida que podem se problematizar pelas intercorrências orgânicas ou subjetivas, bem como, discutir com as participantes do grupo os diferentes aspectos que envolvem a gravidez, o parto, o

puerpério, e os cuidados com o recém-nascido, podem caracterizar como um grupo de suporte para diminuir medos e ansiedades associados ao período gravídico e puerperal (MOURA *et al*, 2001). Os grupos de gestantes são uma complementação aos atendimentos realizados nas consultas (BOEIRA *et al*, 2012).

O aleitamento ao seio representa o melhor alimento para as crianças nos primeiros seis meses de vida. Contudo, apesar da importância do aleitamento materno e da retomada da prática nos últimos anos, o desmame precoce ainda é bastante frequente e as estatísticas observadas são inferiores as recomendações oficiais, na qual preconiza aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança (CALDEIRA, 2008). A partir do sexto mês, a recomendação é que a criança comece a receber alimentação complementar, mas que mantenha a amamentação ao seio até no mínimo os dois anos de vida (GIUGIANE, 2004).

Conforme o Ministério da Saúde, 2009, p.9

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para a redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade.

Vale destacar algumas vantagens do aleitamento materno para o binômio bebê e mãe. Para o bebê, composição nutricional ideal, redução da mortalidade infantil, redução da mortalidade por doenças respiratórias e diarreicas, diminuição da incidência e da gravidade das doenças infecciosas diarreicas, diminuição da incidência e da gravidade das doenças respiratórias, diminuição da ocorrência de doenças imunoalérgicas (sibilância recorrente, asma, dermatite atópica), diminuição da ocorrência de doenças crônicas (algumas como: cânceres, doença celíaca, DM tipo 1 e 2, sobrepeso/obesidade), melhor desenvolvimento cognitivo e desenvolvimento da cavidade oral. Para a mãe, método contraceptivo, redução do risco de câncer e melhores custos financeiros (BRASIL, 2009).

Considerando que é durante a gestação que as mulheres decidem sobre o aleitamento materno e a importância deste para nutriz e a criança, mais a baixa aderência às gestantes aos pré-natais, o presente projeto de intervenção mostra sua relevância para a ESF a qual será aplicado.

6 METODOLOGIA

Quanto ao tipo de estudo, trata-se de um projeto de intervenção pesquisa-ação, que consiste na criação de um grupo de gestantes a fim de discutir assuntos relacionados à gestação e a amamentação, sendo realizado na Estratégia de Saúde da Família Ricci, situada no município de Passo Fundo/RS.

Os sujeitos da intervenção serão as gestantes pertencentes ao território de abrangência da ESF. Os critérios de inclusão serão estar gestando em qualquer trimestre e poder comparecer à unidade nos dias que ocorrerá a intervenção.

A execução do projeto de intervenção ocorrerá de janeiro a outubro de 2017, contará com cinco etapas, são elas: reunião entre os profissionais de saúde; preparo de materiais a serem utilizados nos grupos; levantamento das gestantes pertencentes à área da ESF; execução dos grupos de gestantes e busca ativa das gestantes faltantes.

Em um primeiro momento será apresentado o projeto de intervenção para a equipe de saúde, a fim de socializá-los aos objetivos geral e específicos, a metodologia e os resultados esperados. Com a aceitação da equipe, será apresentado o cronograma com as atividades e os devidos prazos. Após começará, pela equipe, a preparação dos materiais a serem utilizados no grupo. Será feito um levantamento das gestantes pertencentes à área da ESF, e serão convidadas a participarem, frisando os motivos e a importância.

Serão feitos encontros mensais, no dia e horário estabelecidos, as mesmas comparecerão a unidade com o cartão de acompanhamento pré-natal. As gestantes poderão ter a oportunidade de compartilhar seus conhecimentos, esclarecer dúvidas quanto às mudanças corporais, fisiológicas, hormonais e psicológicas. Em cada encontro, um profissional discorrerá sobre um assunto, escolhido pelas gestantes no grupo do mês anterior, caso não haja, um assunto que os profissionais achem pertinente.

Para a última etapa, ao final de cada encontro, as participantes assinarão uma lista de presença, para a verificação das faltantes, para as quais será feita busca ativa. Para saber motivos e destacar a importância da presença.

7 CRONOGRAMA

Tabela 1

Ações	Jan/2017	Fev/2017	Mar a Out/2017
Reunião entre os profissionais de saúde	X		
Preparo dos materiais a serem utilizados nos grupos	X		
Levantamento das gestantes da área da ESF		X	
Execução dos grupos de gestantes		X	X
Busca ativa das gestantes faltantes			X

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Tabela 2

Identificação do orçamento	Tipo
Computador/Notebook	Material permanente
Mesa	Material permanente
Cadeiras	Material permanente
Manequim anatômico	Material permanente
Resma de papel	Material de consumo
Impressões	Material de consumo
Caneta	Material de consumo
Médico	Recursos humanos
Enfermeiro	Recursos humanos
Agente comunitário de saúde	Recursos humanos

9 RESULTADOS ESPERADOS

O presente projeto de intervenção foi norteado com a problematização de que mesmo que com programas de incentivo ao acompanhamento de pré-natal e à prática de aleitamento materno, assim como a ampla divulgação dos benefícios que as mesmas oferecem, as taxas nacionais de acompanhamento da gravidez e de amamentação ainda aparecem abaixo dos níveis recomendados. Frente a isso, pretende-se mudar essa realidade local, aproximando-se mais das gestantes para identificar lacunas para não adesão ao pré-natal. Também se objetiva sanar dúvidas das gestantes em relação às transformações que ocorrem durante esse processo único na vida, e quanto à amamentação, bem como os benefícios do aleitamento. Após o projeto realizado, confrontar o resultado antes e após a implantação.

Espera-se, com este projeto de intervenção, que aumente a adesão das gestantes ao pré-natal e o aleitamento materno exclusivo até os seis meses da criança e complementar até os dois anos ocorra de forma satisfatória.

10 REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. **Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática.** Cad. Saúde Pública, v.23, n.6, p1053-1064, jun, 2011.

BRASIL. **Saúde da criança: Nutrição infantil.** 2009. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/Aleitamento_Complementar_MS.pdf>. Acesso em: 01 set. 2016.

BRASIL. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento.** 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2016.

BOEIRA, Giana Soares, *et al.* **A importância dos grupos de gestantes na atenção primária.** 2012. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2745>>. Acesso em: 02 set. 2016.

CALDEIRA, Antônio Prates; FAGUNDES, Gizele Carmem; AGUIAR, Gabriel Nobrede. **Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação.** Rev. Saúde Pública. 2008, v.42, n.6, p. 1027-1233.

FRANCO, Selma Cristina *et al.* **Aleitamento materno exclusivo em lactentes atendidos na rede pública do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil.** Rev. Bras. Saúde Materno Infantil. 2008, v.8, n.3, p.291-297.

GIUGLIANI, Elsa; LAMOUNIER, Joel A. **Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde.** J. Pediatria. 2004, v.80, n.5, p.117-118.

IBGE. **Censo Demográfico 2010.** 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431410/>>. Acesso em: 06 set. 2016.

LOURENÇO, Rosemeire. **A Importância do grupo de gestantes em uma unidade básica de saúde.** 2014. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/25119/a-importancia-do-grupo-de-gestantes-em-uma-unidade-basica-de-saude>>. Acesso em: 02 set. 2016.

MOURA, L. de Fátima Almeida, *et al.* Apresentação **de um programa preventivo para gestantes e bebês**. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do bebê*. 2001, v.4, p.10–14.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. Martins Fontes. São Paulo. 7ed, 2005.

SILVA, João Luiz Pinto; CECATTI, José Guilherme; SERRUYA, Suzanne Jacob. **A qualidade do pré-natal no Brasil**. *Rev. Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*. 2005, v.27, n.3, p.103-105.

SILVA, Nichelle Monique *et al.* **Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva**. *Rev. Brasileira enfermagem*. 2014, v.67, n.2, p.290-295.

TAKUSHI, Sueli Aparecida Moreira *et al.* **Motivação de gestantes para o aleitamento materno**. *Rev. Nutrição*. Out.2008, v.21, n.5.

VICTORA, C. **Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil**. *Rev. Brasileira Epidemiologia*. 2001, v.4, n.2, p.63–69.