

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
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

Josiele Latties dos Santos

PORTFÓLIO

Aplicação do projeto terapêutico singular na assistência pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde de Macapá-AP: atenção integral à saúde da gestante, puérpera e recém-nascido através de rodas de conversa com NASF e ESF

Macapá

2017

Josiele Latties dos Santos

PORTFÓLIO

Aplicação do projeto terapêutico singular na assistência pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde de Macapá-AP: atenção integral à saúde da gestante, puérpera e recém-nascido através de rodas de conversa com NASF e ESF

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 Ivone Andreatta Menegolla, médica especialista em Medicina Geral e Comunitária e mestre em Ciências da Saúde.

Macapá

2017

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
1 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	5
1.1 CASO DIANA.....	5
1.2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
2 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	13
3 VISITA DOMICILIAR	14
REFLEXÃO CONCLUSIVA	16
REFERÊNCIAS	17
ANEXO – Projeto de Intervenção	19

INTRODUÇÃO

Meu nome é Josiele Latties dos Santos, nasci e cresci na cidade de Macapá, capital do Amapá, estado localizado no extremo norte do Brasil. Graduei-me em Medicina em 2015 pela Universidade Federal do Amapá, iniciando meu longo caminho profissional a construir pela Saúde da Família através do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), cuja experiência mostrou-se enriquecedora profissional e pessoalmente.

Atuo em uma das quatro equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Álvaro Pereira Corrêa, a qual está localizada no bairro São Lázaro, na zona norte de Macapá. A referida UBS, devido sua localização estratégica às margens da principal rodovia que interliga a zona norte ao centro da cidade com grande fluxo de pessoas e veículos automotores, atende pessoas de diversos bairros adjacentes, principalmente Renascer, Infraero, São Lázaro e Pantanal.

A equipe da qual faço parte possui como outros integrantes uma enfermeira, quatro técnicas de Enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, uma cirurgiã dentista e uma auxiliar de consultório dentário; e recebe apoio quando necessário do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituído por assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico e nutricionista. Realizamos reuniões semanalmente objetivando melhor organização do serviço, estreitamento dos laços entre os membros, discussão de casos complexos detectados em nossa área de abrangência e planejamento de atividades interdisciplinares. Nossa equipe tem como área de abrangência todo o bairro do Pantanal, localizado a uma distância de aproximadamente três quilômetros da UBS Álvaro Pereira Corrêa e possui um pouco mais de quatro mil habitantes.

A localidade (Pantanal) compreende 26 quadras e 4 áreas de invasões. A maioria das ruas não é asfaltada; muitas estão permeadas por matos e coleções de água suja prejudicando o deslocamento dos pedestres e o acesso às residências por automóveis. Apresenta uma praça para lazer da população; porém, devido às suas precárias condições, tornou-se local de assaltos frequentes, sendo frequentada somente por usuários de drogas ilícitas e pessoas de má índole visando a prática de furtos. Conta também com uma escola estadual, Escola Estadual Professora Risalva Freitas, a qual comumente é o local das ações de saúde realizadas pela equipe descrita.

A população em geral constitui uma comunidade humilde, com baixo poder aquisitivo e pouca escolaridade, porém muito receptiva e acolhedora. As vestimentas são simples, é frequente observar pessoas usando bermudas e camisas de malha fina, deslocando-se a pé ou

por meio de bicicletas pelas ruas do bairro, o qual possui condições precárias de infraestrutura e saneamento básico. As casas são heterogêneas, com constituição em alvenaria, madeira ou mistas, e mais variadas cores; seus interiores são geralmente simples, com poucos móveis e, por vezes, contando com a presença de cães, gatos e/ou galinhas complementando o cenário.

As patologias apresentadas pela população variam conforme a faixa etária: em crianças é comum quadros diarréicos, infecções de vias aéreas superiores, parasitoses intestinais e dermatofitoses; em adultos jovens os principais agravos correlacionam-se com suas atividades laborais como lombalgias e tenossinovites; enquanto que em idosos prevalecem doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes. Observa-se ainda elevado índice de natalidade, sendo o acompanhamento pré-natal um dos serviços de maior demanda prestados pela equipe.

Considerando que a gravidez, parto e puerpério são momentos marcados por diversos anseios, dúvidas, insegurança, tanto pela gestante como por sua família, cujas necessidades frequentemente não são sanadas em sua totalidade durante as consultas individuais de acompanhamento pré-natal; propõe-se como projeto de intervenção o tema “Aplicação do projeto terapêutico singular na assistência pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde de Macapá-AP: atenção integral à saúde da gestante, puérpera e recém-nascido através de rodas de conversa com NASF e ESF”, o qual objetiva proporcionar atendimento multiprofissional abrangendo de forma ampla as complexas e variadas necessidades do trinômio mãe-concepto-família.

1 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

1.1 CASO DIANA

Diana, 43 anos, moradora do bairro Pantanal, Macapá-AP, possui três filhos e está em sua quarta gestação. Iniciou o pré-natal com 20 semanas, pois devido a sua idade atribuiu a ausência de ciclos menstruais consecutivos à possível menopausa. Notei-a muito triste e pouco animada com a gravidez. Na primeira consulta perguntei se estava tudo bem, porém a mesma referiu apenas cansaço e dor de cabeça. O desânimo de Diana na consulta seguinte era ainda mais notório; então resolvi em uma longa conversa explorar mais sobre a sua vida.

Atualmente, mora sozinha com os três filhos: Daiana, David e Diogo. Era casada com Raimundo, 45 anos, o qual saiu de casa há alguns meses após se interessar por uma vizinha. Diana relata que Raimundo é alcoólatra e sempre que bebia batia e violentava sexualmente a esposa, além de submeter os filhos aos mais diversos e cruéis castigos.

Entretanto, apesar da constante violência doméstica que sofria, estava apreensiva com a separação. Diana trabalhava como auxiliar de serviços gerais em uma empresa de insumos alimentícios e foi demitida do emprego quando descobriram que estava grávida. Tentou conseguir outra oportunidade de trabalho; sem êxito. “Ninguém quer contratar uma mulher na minha idade e ainda por cima grávida” – disse Diana durante consulta de pré-natal. Frente à sua dificuldade financeira, dependia do marido, que é pedreiro, para arcar com as despesas da casa. Porém, depois que saiu de casa, ele não contribuía com nada e Diana e seus filhos estavam passando por muitas dificuldades.

Diana fez uma longa pausa em seu relato, não conseguindo conter o choro. Interroguei-a sobre familiares próximos. Os pais, Carlos e Dulce, faleceram de causas que não sabe informar, não tinham nenhum problema de saúde diagnosticado. Possui cinco irmãos que não moram em Macapá, mas em interiores distantes. Conta com a ajuda de uma tia que também mora no bairro Pantanal, dona Néia, 65 anos, a qual sempre que pode lhe fornece roupas e alimentos. A figura 01 demonstra o genograma da família de Diana.

Ainda soluçando tentando conter o choro, a gestante atribuía a culpa de seus problemas ao filho que estava esperando. “Desculpe, doutora, lhe falar isso tudo. ‘Tá’ muito difícil ‘pra’ mim. Não sinto vontade ‘pra’ nada, nem de comer; só como porque tenho que comer por causa dessa criança. Às vezes penso em fazer alguma besteira, mas me pergunto quem cuidaria dos

meus filhos. O pai deles não liga nem ‘pra’ saber como estão. E eu nessa condição sem conseguir trabalhar. Se não fosse por essa criança nada disso estaria acontecendo. Eu não queria ter mais filhos, ainda mais nessa idade. Eu dependia do meu marido; era ele que pagava a maioria das contas lá em casa; eu ganhava muito pouco, meu dinheiro não dava ‘pra’ quase nada. E ‘pra’ não faltar nada ‘pros’ meus filhos eu fazia o que ele queria, até contra a minha vontade” – desabafou Diana, que não conteve novamente o choro.

Procurei acalmá-la e, então, finalizei o exame físico e avaliei os exames complementares de Diana, os quais estavam todos normais. Informe-i-a sobre uma equipe de apoio com diversos profissionais que poderiam ajudá-la: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Entretanto, Diana referiu não desejar ser acompanhada por outros profissionais, principalmente psicólogo.

– “Doutora, posso fazer esse acompanhamento só com a senhora? Já foi muito difícil falar da minha vida e dos meus problemas a você. Não quero ter que repetir isso tudo ‘pra’ mais ninguém. Sabe... eu acredito muito em Deus e rezo todos os dias perguntando por que Ele está fazendo isso comigo e imploro ‘pra’ que acabe logo esse castigo” – relatou Diana.

– “Diana, entendo você e imagino o quão está sendo difícil o que estais enfrentando. Não irei forçá-la a realizar acompanhamento com o NASF, mas preciso que me prometas que não faltarás em nenhuma consulta e ficarás bem atenta a tudo que irei te dizer”. – Diana realizou sinal positivo com a cabeça. Em seguida, prossegui. “Considerando tudo o que você me falou e sua postura sempre triste, me preocupa a possibilidade de você desenvolver depressão durante a gravidez ou após o parto. É muito bom você acreditar em Deus, mas procure não entender o que está acontecendo como um castigo. Em vez disso, pense como uma oportunidade de aprendizado e crescimento pessoal. Utilize suas dificuldades para te fortalecer, pois seus filhos precisam que você permaneça forte. Por falar em filhos, você agora tem quatro filhos: me disse o nome dos três maiores (Daiana, David e Diogo), mas faltou daquele que você está esperando. Você já escolheu um nome?” – Diana fez sinal negativo com a cabeça. “Então vamos fazer o seguinte, já sabemos por esta sua última ultrassonografia que se trata de um menino, você irá pensar em um nome que goste e me informar na próxima consulta. Em vez de tratá-lo por ‘esta criança’, gostaria que passasse a chamá-lo pelo nome que escolheu. Lembre-se: ele não tem culpa de nada disso; nem você”.

E conclui: – “Mais uma coisa, Diana. Sei que não queres ser acompanhada pelo NASF, mas acredito que seria bem importante para você conversar com a nossa assistente social para que ela te esclareça sobre seus direitos trabalhistas e sociais. O que te aconteceu no teu emprego é ilegal e precisamos fazer algo diante disto. Não tenha medo. Pense a respeito em sua casa.

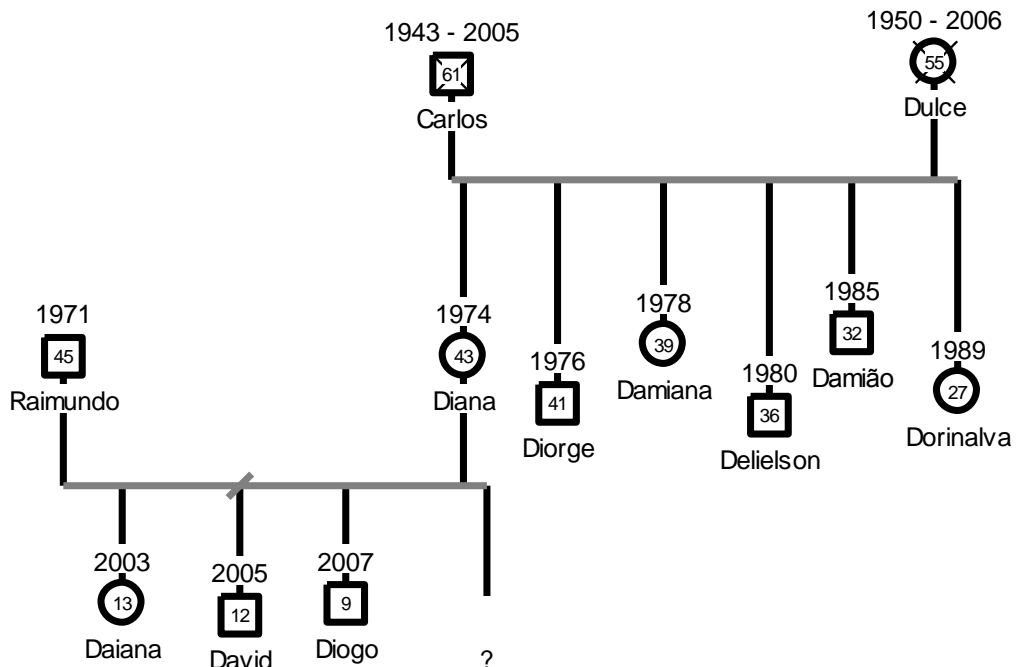
Posso marcar um atendimento com ela para você? Você pensa com calma e, se quiser conversar com a assistente social de nossa equipe, tenho certeza que ela te receberá com o maior prazer”.

– “Acho que vou querer sim, doutora. A senhora pode marcar ‘pra’ mim. E, doutora, vou precisar tomar algum remédio para depressão?”, interrogou Diana.

– “Por enquanto ainda não, Diana. Mas você precisa vir a todas as consultas regularmente e tentar seguir ao máximo tudo que te disse. Na próxima semana iniciaremos aqui no posto um grupo de gestantes e mulheres que tiveram seus bebês a pouco tempo. Falaremos sobre diversos assuntos: alterações durante a gravidez, cuidados com o bebê, técnicas de relaxamento para amenizar as dores na coluna e pernas, alimentação, além dos direitos trabalhistas e sociais que toda grávida possui. Seria muito importante para você participar. E se possível, traga a sua tia Néia na próxima consulta e para este grupo que lhe falei”.

– “Obrigada, doutora. Irei fazer tudo isso que me falou. Nossa, foi muito bom conversar. Me sinto um pouco melhor. Até a próxima consulta”.

Figura 01 – Genograma (nomes fictícios)



Abordagem terapêutica:

Identificada a possibilidade de depressão durante a gravidez, o caso de Diana (nome fictício) foi abordado durante a reunião da equipe ESF e NASF. Considerando que a maioria dos medicamentos antidepressivos aumentam os riscos obstétricos e neonatais, optou-se pela abordagem não-medicamentosa e interdisciplinar. Foi estabelecido um projeto terapêutico singular para Diana, com acompanhamento de forma individual e coletiva com os profissionais das equipes ESF e NASF, sempre respeitando os desejos e particularidades da paciente e incentivando a participação de seus familiares no tratamento.

1.2 REFERENCIAL TEÓRICO

No referido estudo de caso clínico, no decorrer do acompanhamento pré-natal a médica demonstra preocupação com a paciente Diana desenvolver quadro depressivo durante a gravidez ou após o parto.

Segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DMS-V), os transtornos depressivos são subdivididos em: transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado; sendo o transtorno depressivo maior a condição clássica desse grupo de transtornos, o qual caracteriza-se essencialmente pela presença de um humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades por um período mínimo de duas semanas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A depressão é considerada atualmente um sério problema de saúde pública, visto que atinge milhares de pessoas no mundo (PEREIRA et al, 2010), sobretudo do sexo feminino, cuja prevalência é até três vezes mais elevada comparado à população masculina (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Estudos indicam que o “período gravídico-puerperal é a fase de maior prevalência de transtornos mentais na mulher, principalmente no primeiro e no terceiro trimestres de gestação e nos primeiros 30 dias do pós-parto, sendo a depressão o transtorno mais frequente” (THIENGO et al, 2012b), afetando entre 15 a 25% das grávidas e

um quinto das puérperas (THIENGO et al, 2012b; JUHAS et al., 2014). Contudo, a maioria dessas mulheres não são diagnosticadas e tratadas adequadamente (PEREIRA et al, 2010).

São vastos os estudos sobre a depressão na população em geral; entretanto, são escassas as literaturas científicas sobre depressão pós-parto e, mais ainda, quanto à depressão pré-natal (SILVA et al, 2010). As pesquisas que optaram por esta temática demonstraram que “além de a depressão durante a gravidez ser mais frequente, ela é o principal fator de risco à depressão pós-parto, sendo esta, muitas vezes, uma continuação da depressão iniciada na gestação” (PEREIRA et al, 2010).

A depressão pré-natal frequentemente perpetua-se despercebida e subdiagnosticada; entre os principais motivos para que isto ocorra está a visão cultural da gravidez como período de profundo bem-estar e alegrias (ALMEIDA et al., 2012), associada à dificuldade em dissociar os sintomas depressivos daqueles frequentes durante a gestação: humor triste, fadiga, diminuição de interesses a atividades habituais, alterações no apetite e sono (insônia ou hipersonia), perda ou ganho ponderal, dores e mal-estar físico, sentimento de irritabilidade (JUHAS et al., 2014; ARAUJO et al, 2010). O quadro 01 expressa os critérios do DSM – V para diagnóstico de depressão maior (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Quadro 01 – Critérios diagnóstico de Depressão Maior – DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESSÃO MAIOR
<p>A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.</p> <p>Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.) 2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas). 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.) 4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias. 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento). 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias. 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente). 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas). 9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
<p>B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p>
<p>C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.</p> <p>Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.</p> <p>Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.*</p>
<p>D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.</p>
<p>E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco. Nota: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica.</p>

Há diversos fatores de risco associados à depressão pré e/ou pós-natal: gravidez em idade avançada ou na adolescência, baixo nível de escolaridade, ausência do parceiro ou de uma relação estável, primiparidade, gravidez não planejada, idealização do aborto, tabagismo, etilismo, baixa condição socioeconômica, desemprego, eventos estressantes e ausência de apoio social/familiar/conjugal, violência doméstica, história prévia de transtorno psiquiátrico (principalmente depressão), complicações obstétricas, necessidade de hospitalização (JUHAS et al., 2014; THIENGO et al, 2012b; ARAUJO et al, 2010; PEREIRA et al, 2010; MORAES, CAMPOS e AVELINO, 2016).

É de suma importância a identificação precoce de sintomas e fatores de riscos para o desenvolvimento de depressão pré e pós-natal, uma vez que esta condição patológica pode impactar negativamente a mulher grávida, como também sua família e, principalmente, o conceito (JUHAS et al., 2014). Estudos apontam que a depressão durante a gravidez, além de afetar a saúde psicológica da gestante, está associada a um aumento do risco obstétrico, baixo peso ao nascer, alto risco de parto prematuro, maior incidência de parto cirúrgico, rescisão prematura do aleitamento materno e atraso do crescimento e desenvolvimento no primeiro ano de vida (ARAUJO et al, 2010; SILVA et al, 2010; PEREIRA et al, 2010; MORAES, CAMPOS e AVELINO, 2016).

Segundo Thiengo et al (2012a) e Araújo et al (2010), esta associação entre depressão e comprometimento fetal pode ser elucidada através de fatores causais diretos e indiretos: a depressão pode ocasionar alterações hormonais e bioquímicas que aumentam a produção de catecolaminas, com conseqüente redução do fluxo sanguíneo placentário, acarretando restrição do crescimento intrauterino; além disso, este transtorno pode mediar comportamentos de riscos à saúde do conceito como consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, diminuição do apetite ou preferência por uma dieta inadequada, descaso com o autocuidado, redução da frequência nas consultas pré-natais e dificuldade de seguir instruções médicas, o que aumenta o risco de mortalidade neonatal (THIENGO et al, 2012a; ARAUJO et al, 2010).

O diagnóstico precoce e tratamento oportuno da depressão nos períodos pré e pós-natal é capaz de prevenir as complicações maternas, fetais e familiares que o transtorno impõe (SILVA et al, 2010). Entretanto, menos da metade das mulheres afetadas recebe tratamento adequado, seja pelo empecilho sociocultural relacionado aos transtornos mentais, bem como pela falta de recursos e profissionais de saúde treinados (MORAES, CAMPOS e AVELINO, 2016).

Apesar do conhecimento de diversas possibilidades terapêuticas para a Depressão Maior na população em geral, o tratamento deste transtorno durante a gravidez é

frequentemente um desafio tanto para a paciente como principalmente para a equipe (MORAES, CAMPOS e AVELINO, 2016). Isto porque a maioria dos medicamentos antidepressivos, particularmente os inibidores seletivos da receptação de serotonina, estão associados a um aumento de riscos obstétricos e neonatais, tais como: pré-eclâmpsia, hemorragia pós-parto, aborto espontâneo, morte neonatal ou pós-neonatal, convulsões neonatais, síndrome de abstinência de serotonina, insuficiência respiratória neonatal, hipertensão pulmonar e malformações congênitas (O'CONNOR et al, 2016).

Desta forma, as intervenções não-medicamentosas podem caracterizar uma boa opção, dentre elas a terapia comportamental cognitiva, estímulo à prática de atividades físicas durante a gravidez e incentivo ao apoio e participação da família durante o acompanhamento pré-natal (MORAES, CAMPOS e AVELINO, 2016; GJESTLAND et al, 2013; O'CONNOR et al, 2016).

2 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

A puericultura consiste no acompanhamento integral de crianças saudáveis, compreendendo a análise do crescimento, desenvolvimento e imunização, bem como orientações diversas aos pais e familiares sobre cuidados com a criança, importância do aleitamento materno, realização dos testes de triagem neonatal, identificação de riscos e vulnerabilidades maternas e do conceito (BRASIL, 2012 b). Desta forma, a prática de puericultura tem papel fundamental na atenção básica para a promoção de saúde e prevenção de doenças (VASCONCELOS et al, 2012).

Durante o início da minha atuação como médica da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) do bairro Pantanal em Macapá-AP, observei que a comunidade priorizava o atendimento à criança somente quando esta encontrava-se doente e a puericultura era pouco praticada pela equipe. A comunidade apresentava elevada taxa de rescisão prematura do aleitamento materno, inserção precoce de alimentos inadequados na dieta de lactentes e recorrentes quadros diarreicos e infecções respiratórias na população infantil.

Diante deste contexto, em conjunto com os demais membros da equipe, elaboramos estratégias para intensificar a prática de puericultura. Atualmente, realizamos educação em saúde durante o acompanhamento pré-natal sobre a importância da puericultura e aleitamento materno; primeira consulta de puerpério por meio de visita domiciliar na primeira semana de vida do recém-nascido; busca ativa de gestantes e puérperas que realizaram acompanhamento pré-natal em outra unidade de saúde; busca ativa de crianças sem acompanhamento regular; organização da agenda profissional para garantir atendimento subsequente de puericultura conforme as recomendações do Ministério da Saúde: “sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais” (BRASIL, 2012 b).

Após a intensificação da prática de puericultura, obtivemos: vínculo maior com a comunidade, a qual foi sensibilizada sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade; redução da incidência de doenças infectocontagiosas na população infantil. Além disso, a população local tem se mostrado mais consciente da importância da puericultura, sendo mais frequente a procura do serviço para acompanhamento de rotina de crianças saudáveis sem a necessidade de busca ativa pelos agentes comunitário de saúde.

3 VISITA DOMICILIAR

A atenção domiciliar compreende uma modalidade de atenção à saúde destinada “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” (BRASIL, 2012 a).

Na UBS Álvaro Pereira Corrêa, a equipe responsável pelo atendimento do bairro Pantanal (na qual atuo) desenvolvia anteriormente visitas domiciliares conforme demanda informada pelos agentes comunitários de saúde (ACS), não seguindo critérios de elegibilidade de inclusão ao plano de atenção domiciliar. Desta forma, realizava-se acompanhamento domiciliar permanente a pacientes com doenças crônicas, porém com possibilidade de locomoção à unidade de saúde; não havia plano terapêutico para desenvolver cuidado continuado aos pacientes com necessidades de atenção domiciliar; e os atendimentos pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) eram solicitados sem prévia avaliação médica ou de enfermagem.

Primeiramente, seguindo o aprendizado sobre organização e planejamento da Atenção Primária à Saúde, abordado durante o Eixo 1 do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, e orientações do supervisor local do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), propus à equipe discutirmos sobre o tema “atenção domiciliar” durante as reuniões semanais; solicitei aos ACS uma lista dos pacientes com necessidade de acompanhamento domiciliar no território de abrangência da equipe e programamos em conjunto visita domiciliar a todos para avaliar critérios de inclusão ao plano de atenção domiciliar.

Finalizadas as visitas de avaliação, organizamos os pacientes em dois grandes grupos: aqueles com necessidade de acompanhamento domiciliar continuado e por período limitado. No primeiro grupo foram incluídos pacientes acamados, domiciliados ou com transtornos psiquiátricos apresentando ou não doenças crônicas como hipertensão e diabetes, para os quais desenvolvemos plano terapêutico continuado com retornos para visita domiciliar conforme suas condições clínicas e controle de suas comorbidades. No segundo grupo, foram incluídos pacientes com doenças agudas debilitantes ou potencialmente contagiosas, em pós-operatório e recém-nascidos e puérperas, para os quais foi estabelecido plano de cuidado domiciliar por período limitado. Os pacientes avaliados como sem critérios para visita domiciliar foram

orientados a continuar o acompanhamento na UBS com garantia de retorno para atendimento pela equipe.

Os encaminhamentos ao NASF para visita domiciliar passaram a ser planejados conforme avaliação prévia realizada por médico ou enfermeiro considerando as necessidades dos pacientes. Entretanto, uma das dificuldades encontrada pela equipe é a continuidade do acompanhamento realizado pelo NASF, uma vez que este último presta apoio à equipe somente duas vezes ao mês dividindo este período para ações coletivas, atendimento individual e visita domiciliar, inviabilizando a atenção contínua aos pacientes que necessitam, por exemplo, de profissionais como fisioterapeuta.

As visitas domiciliares são realizadas sempre em conjunto com os ACS, sendo estes responsáveis por informar antecipadamente aos familiares sobre a realização daquelas aos pacientes. Durante as visitas, as condições clínicas, exame físico, medicações prescritas, procedimentos realizados e orientações fornecidas aos pacientes e familiares são registrados no prontuário do paciente, bem como retornos previstos. Dentre os procedimentos realizados no domicílio estão aferição da pressão arterial, glicemia capilar e curativos.

Além dos grupos de pacientes citados, a equipe estabeleceu também como critério para visita domiciliar a busca ativa de gestantes faltosas em consultas de pré-natal, como forma de reduzir os índices de evasão e conscientizá-las da importância do acompanhamento.

REFLEXÃO CONCLUSIVA

Iniciei minha atuação como médica no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), há um pouco mais de um ano, quando conclui a graduação. Ainda recém-formada, o Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre foi uma oportunidade para aprimorar meus conhecimentos e melhorar minha prática clínica.

O Eixo 1 do curso com sua abordagem sobre organização, planejamento e gestão do cuidado na Atenção Primária instigou-me à auto avaliação como médica e, principalmente, membro de uma equipe. As reuniões semanais, que anteriormente eram destinadas essencialmente para definir as atividades da semana seguinte, são agora visualizadas como momento para discutirmos temas relacionados à prática clínica; planejar e organizar todos atendimentos e ações no território de abrangência; debater interdisciplinarmente condições de saúde dos pacientes, visando atendê-los de forma integral. Elaboramos conjuntamente as agendas profissionais e organizamos os fluxos dos atendimentos prestados à comunidade, buscando garantir retorno aos pacientes com necessidade de cuidado continuado. Possibilitou ainda, através do genograma, analisar cada paciente como membro de uma família, cujas características socioeconômicas e culturais interferem diretamente na condição clínica dos mesmos.

Enquanto o Eixo 1 estimulou o crescimento como membro de uma equipe, o Eixo 2 contribuiu para o aprimoramento dos meus conhecimentos para a prática clínica. Cada caso complexo fez-me refletir como era minha conduta antes em situações semelhantes. Ampliei o olhar clínico para sinais de depressão e violência doméstica, os quais anteriormente passavam despercebidos por mim. Aprendi muito, principalmente a ser mais atenciosa e sensível como médica.

A construção do portfólio foi uma ferramenta que também contribuiu para a consolidação dos conhecimentos adquiridos no decorrer do curso de especialização. A criação deste instrumento de forma gradual permitiu lembrar, refletir e aplicar os temas abordados correlacionando-os à realidade vivenciada na prática clínica dentro da unidade de saúde, instigando a mudança de conduta e aprimorar o atendimento prestado à comunidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. S. et al. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 385-394, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno**. Porto Alegre: Artmed, 5ª edição, 2014.

ARAÚJO, D. M. R. et al. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 219-227, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (b)

GJESTLAND, K. et al. Do pregnant women follow exercise guidelines? Prevalence data among 3482 women, and prediction of low-back pain, pelvic girdle pain and depression. **Br J Sports Med.**, v. 47, n. 8, p. 515-520, 2013.

JUHAS, T. R. et al. Major depression in high-risk obstetric inpatients and outpatients. **MedicalExpress**. São Paulo, v. 1, n. 2, p. 87-90, abril, 2014.

MORAES, E. V.; CAMPOS, R. N.; AVELINO, M. M. Depressive Symptoms in Pregnancy: The Influence of Social, Psychological and Obstetric Aspects. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, p. 293-300, 2016.

O'CONNOR, E. et al. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women. Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. **JAMA**. v. 315; n. 4; p. 388-406, 2016.

PEREIRA, P. K. et al. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 216-222, 2010.

SILVA, R. A. et al. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 139-144, 2010.

THIENGO, D. L. et al. Depressão durante a gestação e os desfechos na saúde do recém-nascido: coorte de mães atendidas em unidade básica de saúde. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 214-220, 2012. (a)

THIENGO, D. L. et al . Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 416-426, 2012. (b)

VASCONCELOS, V. M. et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 326-331, 2012.

ANEXO – Projeto de Intervenção



PROJETO DE INTERVENÇÃO

APLICAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MACAPÁ-AP: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA GESTANTE, PUÉRPERA E RECÉM-NASCIDO ATRAVÉS DE RODAS DE CONVERSA COM NASF E ESF

Josiele Latties dos Santos

Macapá

2016

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	23
2. 1 OBJETIVO GERAL.....	23
2. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3 REVISÃO DE LITERATURA	24
3. 1 PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	24
3. 2 ALEITAMENTO MATERNO.....	25
3. 3 ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS	25
3. 4 PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	26
3. 5 SAÚDE MENTAL DA GESTANTE.....	26
3. 6 A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO PARCEIRO/PAI DO BEBÊ E FAMÍLIA NO PRÉ-NATAL	26
4 METODOLOGIA	28
5 CRONOGRAMA	29
6 RECURSOS NECESSÁRIOS	29
7 RESULTADOS ESPERADOS	30
8 REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

A gravidez, parto e puerpério são importantes eventos sociais para a experiência humana, durante os quais a mulher é submetida a profundas alterações fisiológicas e emocionais (PADILHA et al, 2011). Embora estes períodos representem para alguns momentos únicos de alegria com forte potencial enriquecedor para diversos aspectos de sua vida; para outros, podem corresponder a condições marcadas por dúvidas, medos, insegurança, estresse, com significativos impactos no contexto familiar e social da gestante (MALUMBRES e BARRETO, 2016; FRANCISQUINI et al, 2011).

No âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), a assistência pré-natal é uma ferramenta fundamental para promover atenção integral às gestantes no intuito de proporcionar, além do bem-estar do binômio mãe-conceito, ações educativas para reduzir os anseios gerados por dúvidas e medos que acompanham o período gravídico-puerperal (PEDROSA et al, 2013; SILVA et al, 2014), preparando a mulher e família para uma vivência do parto, maternidade, puerpério, autocuidado e cuidados com o recém-nascido de forma mais segura, equilibrada e harmônica e menos frustrante (MALUMBRES e BARRETO, 2016; FRANCISQUINI et al, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, a assistência pré-natal deve incorporar condutas acolhedoras e estratégias educativas e preventivas, as quais podem ser desenvolvidas por meio de consultas individuais ou coletivas (VIELLAS et al, 2014; BRASIL, 2013). Entretanto, visto que frequentemente a assistência pré-natal atende às recomendações da Organização Mundial de Saúde com número mínimo de seis consultas (BRASIL, 2013), estudos apontam serem insatisfatórias ações educativas durante as consultas individuais de pré-natal seja pelos intervalos distantes interconsultas bem como pela duração das mesmas, “fazendo com que as mulheres se sintam despreparadas para exercer o papel materno” (MALUMBRES e BARRETO, 2016).

Com base nesse contexto, sugere-se que a assistência pré-natal seja complementada por ações educativas em consultas coletivas realizadas por uma equipe multiprofissional envolvendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pois assim reúne diversas áreas de atuação – médico, enfermeiro, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, psicólogo, odontólogo, fonoaudiólogo, assistente social –, e diferentes saberes, proporcionando atenção integral para atender amplamente às complexas e

variadas necessidades das gestantes, de seu filho e família (PADILHA et al, 2011; BRASIL, 2016).

“O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (DORIGATTI et al, 2014). Este acompanhamento multiprofissional aplicado à assistência pré-natal é necessário visto que além das questões de saúde (aleitamento materno, alimentação saudável, desenvolvimento e cuidados com o bebê, cuidados no puerpério; exercícios e alongamento na gestação, dentre outros), a gestante e familiares devem ser orientados sobre aspectos referentes a seus direitos sexuais, sociais e trabalhistas (SILVA et al, 2014).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver na Unidade Básica de Saúde Álvaro Pereira Corrêa, Macapá-AP, através da aplicação do projeto terapêutico singular, práticas educativas de forma multiprofissional integrando ESF e NASF, visando aprimorar o conhecimento das gestantes e familiares sobre gestação, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover orientações sobre aleitamento materno, alimentação saudável, desenvolvimento e cuidados com o bebê, cuidados no puerpério, exercícios e alongamento na gestação, e direitos sexuais, sociais e trabalhistas para gestantes atendidas na UBS Álvaro Pereira Corrêa;

- Aumentar vínculo equipe-gestante durante e após o acompanhamento pré-natal;
- Intensificar vínculo gestante, família e recém-nascido, possibilitando a redução dos índices de violência contra criança;
- Estimular a prática de aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida;
- Prevenir distúrbios nutricionais durante a gravidez;
- Prevenir quadros de depressão durante a gravidez e pós-parto;
- Melhorar qualidade de vida das gestantes, orientando práticas de alongamento e relaxamento muscular para reduzir dores cervicais, dorsais, lombares e pélvicas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A gravidez, bem como o parto e puerpério, são experiências complexas em diferentes aspectos na vida das mulheres; pois correspondem a períodos de intensas mudanças físicas e psicológicas que causam sentimentos e sensações peculiares, muitas vezes permeados por dúvidas, insegurança e medo (SANTOS; RADOVANOVIC e MARCON, 2010).

A prática de ações educativas é fundamental durante as fases pré-concepcional, gestacional e puerpério; entretanto, é no pré-natal que a gestante deve ser melhor orientada com o objetivo de sanar suas dúvidas, tornando-a mais segura para vivenciar estes eventos de forma positiva (DEMITTO et al., 2010; BRASIL, 2013). Contudo, estudos apontam falhas nas ações educativas realizadas durante as consultas de pré-natal, uma vez que muitas mulheres, ainda que assíduas frequentadoras, demonstram ao final da gestação pouco conhecimento e despreparo para lidar com o parto e puerpério (BARBOSA et al., 2015).

Diante disto, faz-se necessária a construção de uma assistência pré-natal e puerperal mais humanizada e acolhedora, que incorpore atividades de educação envolvendo gestantes e familiares com a promoção de informações e orientações adequadas e esclarecedoras, aumentando o vínculo entre profissionais de saúde, gestantes e familiares (SANTOS; RADOVANOVIC e MARCON, 2010).

Segundo Barbosa et al. (2015), “as práticas educativas são atividades de educação em saúde, que visam desenvolver tanto a capacidade individual quanto coletiva, com o intuito de melhorar a qualidade de vida e saúde” (BARBOSA et al., 2015). Embora a educação em saúde deva estar presente em todos os níveis de atenção, é na atenção primária que a mesma encontra seu mais significativo papel através das práticas de prevenção e promoção de saúde (BARBOSA et al., 2015).

Na assistência pré-natal, recomenda-se que as práticas educativas sejam realizadas por equipe multiprofissional envolvendo NASF e ESF para atender de forma mais ampla as complexas e variadas necessidades do trinômio pais-conceito-família (PADILHA et al, 2011; BRASIL, 2016). Dentre as temáticas a serem abordadas, é importante enfatizar sobre aleitamento materno, orientações nutricionais, práticas de exercícios físicos, bem como a saúde mental da mulher grávida.

3. 2 ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é considerado o alimento ideal para o lactente até o sexto mês de vida, devido às suas propriedades nutritivas e protetoras contra infecções gastrintestinais, respiratórias e urinárias; além de proporcionar vantagens ao organismo materno como involução uterina mais rápida, recuperação do peso pré-concepcional e redução dos riscos de câncer de mama e ovários (BARBOSA et al., 2015).

Contudo, apesar dos benefícios que o leite materno oferece para a criança e mãe, inúmeros fatores interferem na amamentação e contribuem para interrupção precoce da mesma: desconhecimento sobre a importância do aleitamento materno, aspectos sociais e culturais (DEMITTO et al., 2010).

As abordagens acerca do aleitamento materno durante o pré-natal são decisivas para a prática de amamentar e sua duração (BARBOSA et al., 2015; DEMITTO et al., 2010), uma vez que a decisão de amamentar ocorre bem antes do parto (NASCIMENTO et al., 2013). Portanto, as gestantes devem ser orientadas de forma continuada e abrangente durante todo o período pré-natal e puerperal sobre os benefícios da amamentação, desvantagens e riscos do uso de leite artificial e técnicas de amamentação, objetivando sanar seus anseios e aumentar sua habilidade, segurança e confiança (DEMITTO et al., 2010).

3. 3 ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS

Durante a gestação, distúrbios nutricionais como baixo peso e obesidade aumentam o risco de complicações maternas e fetais (prematividade, sofrimento fetal, óbito fetal intra-útero, morte perinatal, infecção no local da cirurgia, dentre outros), sendo de suma importância o acompanhamento nutricional das gestantes e orientação do consumo de alimentos adequados (MOTA e MOREIRA, 2013).

3. 4 PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

A prática de exercícios físicos regulares durante o período gestacional tem demonstrado diminuição das algias e estresse, devendo ser incentivada para todas as gestantes que não apresentem contraindicações clínicas e/ou obstétricas para a realização de atividades aeróbicas e de alongamento (MOTA e MOREIRA, 2013).

3. 5 SAÚDE MENTAL DA GESTANTE

A saúde mental da mulher grávida é frequentemente negligenciada por, culturalmente, acreditar-se ser a gravidez um período de profundo bem-estar; entretanto, estudos apontam que a prevalência de transtornos psiquiátricos, dentre eles a depressão, é equivalente na gravidez e no puerpério, e superior em mulheres grávidas comparado às não grávidas; sendo, portanto, a “gestação uma fase crucial para o diagnóstico e tratamento das patologias psiquiátricas”, as quais muitas vezes passam despercebidas durante o pré-natal (ALMEIDA et al., 2012).

3. 6 A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO PARCEIRO/PAI DO BEBÊ E FAMÍLIA NO PRÉ-NATAL

Tradicionalmente, observa-se que as ações de assistência ao pré-natal são centradas quase que exclusivamente no binômio mãe-conceito, deixando muitas vezes espaço para a participação da figura paterna e demais membros da família somente após o nascimento da criança (BRASIL, 2016). A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos carregados de sentimentos profundos também para o homem e a família, os quais podem expressar comportamentos variáveis: um número significativo de homens não se sente encorajado a participar ativamente no acompanhamento da gestação e muitos acabam não estreitando os vínculos com seus filhos e parceira; entretanto, tem crescido o quantitativo de homens que desejam participar efetivamente de todas as fases da gravidez e sua presença nas

atividades do pré-natal deve ser estimulada pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2005; BRASIL, 2016).

Segundo a Organização Mundial de saúde (OMS), a atenção pré-natal, perinatal e puerperal deve estar centrada na assistência à família de forma integral, considerando as necessidades emocionais, sociais e culturais do trinômio pais-bebê-família e não somente na mulher e seu filho (BRASIL, 2005). Desta forma, cabe às equipes de saúde incentivar e promover o envolvimento do pai e familiares na participação nas consultas de pré-natal e nas atividades educativas, dando-lhes espaço para tirar dúvidas e adquirir informações que lhes tornem mais seguros para exercer seu papel durante a gestação, parto, puerpério e ajudar nos cuidados com o recém-nascido (BRASIL, 2016).

A participação da família no pré-natal, sobretudo do parceiro, tem sido apontada por diversos estudos como benéfica para o bem-estar biopsicossocial tanto da mãe como do bebê, contribuindo para aprimorar os vínculos afetivos familiares, bem como foi associada à redução do uso de analgésicos para alívio da dor, duração do trabalho de parto e índices de depressão pós-parto (BRASIL, 2005; BRASIL, 2016).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo clínico intervencional desenvolvido com gestantes e puérperas em acompanhamento pré-natal na UBS Álvaro Pereira Corrêa, localizada na zona norte do município de Macapá- Ap.

Inicialmente, a proposta do projeto de intervenção foi apresentada às equipes de Estratégia Saúde da Família que realizam assistência pré-natal na referida UBS e à equipe NASF para aceitação do projeto.

As atividades educativas foram desenvolvidas de forma coletiva com a participação de todos os profissionais envolvidos (médico, enfermeiro, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, psicólogo, odontólogo, fonoaudiólogo, assistente social), expondo suas diferentes visões sobre o mesmo tema e escutando respeitosamente as dúvidas e anseios apresentados pelas gestantes e puérperas acompanhadas, com incentivo à participação de seus companheiros e familiares.

As reuniões apresentavam duração máxima de duas horas, incluindo, além de práticas educativas, atividades de interação social e relaxamento. Inicialmente, realizava-se o acolhimento das gestantes, puérperas e familiares, com verificação de peso, altura, pressão arterial e glicemia em jejum; seguida de interação entre os participantes com o compartilhamento de alimentos saudáveis, e posteriormente abordagem de temas educativos com linguagem adequada e esclarecedora.

Os temas abordados nas sucessivas reuniões mensais foram:

- Importância do pré-natal e modificações físicas e emocionais no período gestacional;
- Necessidades nutricionais e exercícios de alongamento para reduzir dores cervicais, lombares e pélvicas;
- Direitos sociais e trabalhistas da gestante;
- Importância do aleitamento materno e técnicas de amamentação;
- Cuidados com o recém-nascido. Importância das vacinas e testes de triagem neonatal.

O papel dos pais para a prevenção da violência infantil;

- Esclarecimento de dúvidas sobre parto e puerpério;
- Orientações sobre planejamento familiar.

5 CRONOGRAMA

ATIVIDADES	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV
Apresentação do projeto às equipes ESF e NASF	X							
Planejamento/organização das ações coletivas	X							
Desenvolvimento das ações coletivas		X	X	X	X	X	X	
Avaliação da aplicação do projeto pela equipe.								X

6 RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala para realização das reuniões;
- Materiais para triagem: balança, fita métrica, esfigmomanometro, glicosímetro, fitas para glicosímetro;
- Boletins de atividades coletivas;
- Profissionais da Estratégia Saúde da Família e NASF: médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, nutricionista, educador físico, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, fonoaudiólogo.

7 RESULTADOS ESPERADOS

- Fortalecer o vínculo da gestante/puérpera, recém-nascido e família, bem como destes com a equipe;

- Aumentar a adesão ao pré-natal;

- Aumentar a participação do parceiro e familiares da gestante/puérpera no acompanhamento pré-natal e nos cuidados com o recém-nascido;

- Formar pais, avós e familiares mais seguros e sensibilizados sobre a importância do pré-natal, aleitamento materno, modificações fisiológicas da gravidez, parto, puerpério, cuidados com o recém-nascido enquanto ser que necessita de proteção e orientações contínuas durante seu crescimento e desenvolvimento;

- Reduzir, a longo prazo, os índices de violência infantil e contra a mulher durante a gestação na comunidade atendida;

- Aumentar o índice de crianças amamentadas até seis meses de vida de forma exclusiva;

- Compartilhamento de vivências e conhecimentos;

- Proporcionar um acompanhamento pré-natal mais dinâmico e atrativo, tornando a experiência mais prazerosa a todos os envolvidos.

8 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. S. et al. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 385-394, 2012.
- BARBOSA, L. N. et al. Prevalência de práticas educativas acerca do aleitamento materno exclusivo (AME) em Cuiabá - MT. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 147-153, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora do Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, n. 32, 2013.
- DEMITTO, M. O. et al. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. **Rev. Rene**, v. 11, p. 223-229, 2010.
- DORIGATTI, A. E. et al. Projeto terapêutico singular no âmbito da saúde mental: uma experiência no curso de graduação em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 38, n.1, Jan./Mar, 2014.
- FRANCISQUINI, A. R. et al. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 4, p. 743-751, 2011.
- MALUMBRES, P. C.; BARRETO, I. C. H. C. Grupo de gestantes: o relato de uma experiência. **Enfermagem Revista**, v. 19, n. 1, p. 47-63, 2016.
- MOTA, I. I. S.; MOREIRA, M. A. Assistência pré-natal: conhecimentos de gestantes atendidas em uma maternidade pública da Bahia. **J Health Sci Inst**. v. 31, n. 1, p. 43-47, 2013.
- NASCIMENTO, V. C. et al. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 13, n. 2, p. 147-159, 2013.
- PADILHA, J. F. et al. **A Saúde da Mulher e Assistência a Gestante no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão bibliográfica**. Rio Grande do Sul, 2011.

PEDROSA, D. R. et al. Educação e saúde como estratégia para cuidado à gestante e ao recém-nascido. **An Congr Bras Med Fam Comunidade**. Belém, n. 12, p. 550, maio, 2013.

SANTOS, A. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Rev. Rene**, v. 11, p. 61-71, 2010.

SILVA, P. C. G. et al. Ações educativas na Assistência ao Pré-Natal: Vivência em Grupo de Gestantes na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, supl. 1, p. 55-58, 2014.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl.1, p. 85-100, 2014.