

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 ressignificação 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
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Proposta de implantação de grupo para gestantes na Estratégia de
Saúde da Família Capão Novo, Capão da Canoa - RS**

Natália Faria Mesquita

Porto Alegre

2017

NATÁLIA FARIA MESQUITA

**Proposta de implantação de grupo para gestantes na Estratégia de
Saúde da Família Capão Novo, Capão da Canoa - RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Ana Amélia Nascimento da Silva Bones

Porto Alegre

2017

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO (ATIVIDADE 1) -----	04
2.	ESTUDO DE CASO CLÍNICO (ATIVIDADE 2) -----	07
3.	PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS (ATIVIDADE 3) -----	11
4.	VISITA DOMICILIAR (ATIVIDADE 4) -----	15
5.	REFLEXÃO CONCLUSIVA (ATIVIDADE 5) -----	19
	REFERÊNCIAS -----	21
	ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO -----	23

1. Introdução – Atividade 1

Apresentação do aluno

Chamo-me Natália Faria Mesquita, tenho 28 anos e possuo graduação em Medicina pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). A UFOP é uma instituição de ensino superior pública federal, sediada na cidade histórica de Ouro Preto, no estado de Minas Gerais. Foi criada em 21 de agosto de 1969 a partir da incorporação de duas centenárias instituições de ensino superior: a Escola de Farmácia (fundada em 1839) e a Escola de Minas (fundada em 1876). Apesar de a Universidade ser centenária, o curso de medicina ainda é jovem. O curso surgiu em 2007 e funcionava junto ao Departamento de Farmácia, porém, no final do ano de 2012 foi criada a Escola de Medicina.

Minha formação acadêmica ocorreu em dezembro de 2015 e desde então estou atuando na atenção primária à saúde. Em março de 2016 iniciei as atividades como médica generalista do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB).

Estou alocada no município de Capão da Canoa, estado do Rio Grande do Sul. Segundo estimativas do censo IBGE de 2010, conta com a maior população do litoral norte gaúcho, com um total de 47.148 habitantes. Atualmente o município possui onze balneários, com 19,1 km de extensão norte-sul, divididos em quatro distritos: sede (Capão da Canoa), Capão Novo, Arroio Teixeira e Curumim.

Meu local de atuação é no distrito de Capão Novo, localizado na região central do município (distante 12 Km da sede) e conta com uma população estimada de 3.600 pessoas. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Capão Novo é nova, recém-inaugurada e a equipe está em fase de organização do processo de trabalho.

Contextualização do local de trabalho

A ESF Capão Novo localiza-se na rua Zínias, nº 224 no distrito de Capão Novo. É um prédio novo e foi inaugurado há apenas 5 meses. A equipe é multidisciplinar, composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um psicólogo, duas agentes comunitárias de saúde, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais. A unidade possui ainda uma sala que foi construída para a equipe de odontologia, mas ainda não está funcionando.

O distrito de Capão Novo possui atualmente 1 equipe de ESF e 1 pronto atendimento que funciona das 07:00h às 19:00h diariamente. Conta ainda com uma farmácia distrital que se localiza no pronto atendimento.

A população do distrito é estimada em 3600 habitantes, e como contamos com um número reduzido de agentes comunitários o processo de territorialização, o cadastramento das famílias e a análise da situação de saúde local ainda estão sendo realizados.

Próximos à ESF, mais precisamente na mesma quadra, estão as maiores estruturas comunitárias disponíveis no distrito: a igreja, o salão paroquial e a Escola Estadual de Ensino Médio Capão Novo.

Os profissionais da unidade estão em processo de organização de suas agendas de trabalho. Como trata-se de uma unidade de saúde nova, inicialmente estão sendo abertos prontuários individuais dos pacientes. Conforme são realizados os atendimentos pude perceber uma grande demanda/queixas relacionada a doenças crônicas - hipertensão arterial, diabetes mellitus e saúde mental estão entre as mais importantes. Na área de abrangência da equipe, há 42 gestantes cadastradas sendo que 37 delas fazem o pré-natal na ESF Capão Novo. As demais gestantes foram encaminhadas ao pré-natal de alto risco.

Capão Novo é um local tranquilo e acolhedor, onde grande parte da população anda de bicicleta ou mesmo a pé. Porém, vê-se com frequência a grande desigualdade social existente. Existe uma área nobre, cheia de prédios e condomínios, pertencentes em sua grande maioria a uma população veranista, e que ficam fechados e sem movimento a maior parte do ano. Em contrapartida, do outro lado da rua, existe uma área de invasão, povoada por uma população carente, com baixa condição socioeconômica, que não conta com água encanada, rede de esgotos e luz elétrica, morando em barracos ou casas de madeira, local onde o núcleo familiar é complexo – às vezes o domicílio é um único cômodo, onde moram muitas pessoas, que não tem onde dormir, e nem o que comer.

Apresentação e justificativa do tema do projeto de intervenção

A gestação é um período na vida da mulher que envolve muitas dúvidas, ansiedade e crenças, e, além disso, a mulher passa por grandes modificações nos âmbitos biológico, afetivo e emocional. A realização da assistência pré-natal é uma das políticas desenvolvidas na atenção básica e a Unidade Básica de Saúde deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, objetivando um acompanhamento longitudinal e continuado durante a gravidez.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, número 32 do Ministério da Saúde – Atenção ao pré-natal de baixo risco – o pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem causar impactos para a saúde da mãe.

Nas últimas décadas a cobertura de atenção ao pré-natal se ampliou muito no País, porém garantir sua qualidade permanece ainda como o maior desafio. Entre o período de 1990 e 2010, o Brasil reduziu a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 141 para 68 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representa uma redução de 51% (BRASIL, 2011). Em relação à mortalidade infantil, houve decréscimo de cerca de 40% desses óbitos nas últimas duas décadas. Em 1990, a mortalidade infantil era de 26,6 óbitos por 1000 nascidos vivos, e em 2010, de 16,2. Apesar do esforço, os níveis da mortalidade permanecem elevados quando comparados com os níveis de outros países com semelhantes índices de desenvolvimento econômico (BRASIL, 2011). Essa melhoria da qualidade refere-se a uma mudança sensível na atitude dos profissionais de saúde e na eficiência dos serviços oferecidos.

Devido ao grande número de gestantes que comparecem à Unidade de Saúde com desejo em iniciar consultas de pré-natal e sendo grande parte dessas pacientes jovens, a equipe discutiu em reunião e achou que seria interessante e necessário tentar iniciar um grupo operativo voltado para a saúde da gestante. Baseado no fato de que cada gestante tem uma vida pessoal com experiências diversificadas e, que quando em grupo, podem trocar informações e multiplicar conhecimentos, a intenção em realizar um grupo com as gestantes cadastradas na ESF Capão Novo seria promover um maior envolvimento e participação destas através da escuta de suas histórias e suas impressões sobre essa fase de sua vida.

2. Estudo de caso clínico - Atividade 2

Após o estudo e análise dos casos clínicos propostos pela equipe UNASUS - UFCSPA foi possível observar que, a grande maioria das situações descritas são frequentes no cotidiano dos profissionais que atuam na atenção básica. Os motivos de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) são diversos, tais como: diagnóstico e tratamento de doenças agudas e crônicas, prevenção de doenças por meio da imunização e dos exames de rastreamento, planejamento familiar, atendimento às gestantes, recebimento regular de medicamentos, transferência para serviços especializados, etc. Entretanto, é importante diagnosticar as principais necessidades da população para que o sistema de atenção básica possa se reorganizar, no sentido de solucionar os problemas mais prevalentes na população e proporcionar um cuidado continuado com qualidade.

Dentre os motivos de consulta clínica na ESF na qual estou alocada, pude perceber que, na grande maioria das vezes, o paciente sempre comparece com mais de uma queixa. Doenças crônicas como diabetes, hipertensão e depressão/ansiedade são as mais frequentes. Entretanto, o grande número de gestantes que compareceram para iniciar ou dar continuidade ao pré-natal foi algo que “assustou” a equipe e nos mostrou a necessidade de abordar estas pacientes além da consulta clínica e iniciar um grupo de apoio às gestantes.

Assim, após o estudo dos casos clínicos propostos, optei por descrever um caso semelhante ao da paciente Marcela (caso 3), uma gestante que realizava o pré-natal de baixo risco e evoluiu com alteração dos níveis pressóricos.

Relato de Caso: trata-se da paciente J.A.C., 23 anos, sexo feminino, parda, do lar, ensino médio incompleto, união estável, natural de Tramandaí e residindo há 3 anos em Capão Novo. Comparece à unidade de saúde para iniciar a consulta de pré-natal. Queixa náuseas e cólicas abdominais há cerca de 30 dias, além de mastalgia bilateral. Trouxe exame de BHCG qualitativo positivo (26/12/16). Nega alterações urinárias e de hábito intestinal, perda de sangue e líquido vaginal. Nega comorbidades e uso de medicações. Informa cartão vacinal em dia (sic). Tabagista - 1 maço/dia há 4 anos. Nega etilismo e uso de drogas ilícitas. HGO: menarca aos 13 anos, fluxo regular, com duração de 5 dias. Nega dismenorréia. G3PN1A1. DUM: 10/11/16 (incerta). Informa uso irregular de anticoncepcional oral. Gravidez não planejada, porém aceita. História de aborto na primeira gestação há 5 anos. Segunda gestação ocorreu sem intercorrências, com relato de vários episódios de ITU, há 2

anos e 6 meses. RN a termo, 39 semanas, parto vaginal; peso ao nascer 2,680Kg, comprimento 48cm, hígido. HF: pai - 58 anos, portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Mãe - 54 anos, portadora de dislipidemia. Irmão falecido aos 26 anos devido a homicídio. Esposo tabagista. HPP: nega cirurgias, internações e transfusão de sangue. Nega doenças sexualmente transmissíveis. Não sabe informar grupo sanguíneo. Hábitos de vida: mora em casa cedida pelos pais, com o esposo e o filho. Possui água encanada e animais de estimação em casa (cães e gatos).

Ao exame: bom estado geral, consciente, ansiosa, orientada em tempo e espaço, mucosas coradas e hidratadas, afebril, acianótica. Oroscopia: sem alterações. Peso: 67Kg; Altura: 1,62m; IMC: 25,52. Mamas: volumosas, ausência de nodulações. Aparelho cardiovascular: ritmo cardíaco regular, 2 tempos, sem sopros. PA 136x80 mmHg. FC 98 bpm. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios. FR 20 irpm. SpO2 98% em ar ambiente. Abdome plano, ruídos hidroaéreos presentes, levemente doloroso em região suprapúbica. Útero intrapélvico. Membros inferiores sem alterações.

Lista de problemas: (1) Gestação - idade gestacional: 10s 2d (DUM); (2) Tabagismo; (3) Ansiedade.

Plano terapêutico: Solicito exames de 1º trimestre de gravidez + USG transvaginal para datação correta de gravidez. Oriente importância de cessar tabagismo, do acompanhamento pré-natal adequado e os sinais e sintomas da gravidez - comuns e de risco. Oriente sobre alimentação e realização de atividade física. Trazer cartão de vacina ou cartão da última gestação na próxima consulta. Prescrevo paracetamol 500mg (se dor) e dramin B6 para náuseas. Início ácido fólico 5 mg/dia. Retorno se necessário ou em 30 dias. Esclareço dúvidas da paciente e convido para comparecer ao grupo de gestantes que irá iniciar nos próximos dias na ESF.

Consulta de retorno: Paciente comparece com resultado de exames solicitados. Relata melhora da cólica abdominal e das náuseas. Informa ter feito uso das medicações prescritas e uso regular de ácido fólico. Negou queixas urinárias e perdas vaginais. Trouxe caderneta da última gestação que evidenciou imunização em dia. Informa que não conseguiu cessar tabagismo e não pode comparecer ao grupo de gestantes devido a problemas pessoais. Exames: Hemoglobina: 12,1mg; hematócrito: 36g/dl; tipagem sanguínea: O Rh+; glicemia de jejum: 80mg; VDRL: negativo; anti-HIV: negativo; toxoplasmose: IgG 130; IgM negativo; HbsAg: negativo; EQU: sem alterações. Ultrassonografia transvaginal: feto único, placenta de implantação fúndica. IG 16s5d.

Ao exame: bom estado geral, mucosas coradas e hidratadas, consciente, orientada em tempo e espaço, afebril, acianótica, anictérica, ansiosa. Peso: 68,2 Kg. Mamas: volumosas, edemaciadas, drenagem de colostro. Aparelho cardiovascular: ritmo cardíaco regular, 2 tempos, sem sopros. PA 140x80 mmHg (sentada MMSS D). PA- segunda medida: 132x80 mmHg (sentada MMSS E). FC 90 bpm. Aparelho respiratório: MVF, sem ruídos adventícios. FR 18 irpm. SpO2 98% em ar ambiente. Abdome gravídico. AU: 15cm, BCF 138bpm. Membros: ausência de edema; panturrilhas livres.

Lista de problemas: (1) Gestação - idade gestacional: 17s 3d (USG). (2) Tabagismo. (3) Alteração pressórica a esclarecer (ansiedade?).

Plano terapêutico: Informo necessidade de realizar curva pressórica para avaliarmos a pressão arterial e retorno em 15 dias. Oriente importância de cessar tabagismo, riscos de possível pré-eclâmpsia e sinais e sintomas de gravidade. Oriente sobre alimentação e redução do consumo de sal. Procurar o hospital de referência em caso de perdas vaginas e outros sinais de gravidade. Convido novamente a comparecer ao grupo de gestantes e ofereço apoio.

Reflexão - Com relação ao caso exposto, a paciente foi orientada sobre os riscos do tabagismo em suas duas consultas de pré-natal. Sabe-se que o pré-natal é o momento ideal para as mulheres grávidas esclarecerem dúvidas sobre todas as etapas da gravidez, além de ser uma maneira eficiente para promover orientações adequadas a estas pacientes, incluindo a abordagem do tabagismo.

O tabagismo é considerado um problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de doença e morte no mundo. Durante a gravidez é responsável por 20% dos casos de fetos com baixo peso ao nascer, 8% dos partos prematuros e 5% de todas as mortes perinatais (LEOPERCIO e GIGLIOTTI, 2004).

A abordagem da gestante fumante deve conter intervenções motivacionais, orientando sempre sobre os riscos do tabagismo tanto para o feto quanto para a mãe. Assim, durante todas as consultas de pré-natal na nossa Unidade de Saúde e no grupo de gestantes este tema possui um lugar especial e as gestantes são orientadas sobre os riscos que o cigarro pode causar tanto para ela quanto para o feto. Estas pacientes são orientadas também quanto à importância de realizar exercício físico regularmente e sobre alimentação saudável.

Durante as consultas coletivas, as mulheres reforçam os princípios do auto-cuidado, exploração do próprio corpo e reforçam a auto-estima. Possuem a oportunidade de trocar experiências, expor inseguranças e ter o apoio de outras mulheres em igual situação. Estimula-se uma nova percepção do papel da mulher na sociedade, uma nova visão sobre a

sexualidade e das transformações fisiológicas, psíquicas e comportamentais que acompanham a gestante durante e após o nascimento da criança.

3. Promoção da saúde e prevenção de doenças – Atividade 3

Visando qualificar a atenção integral à saúde de uma determinada população é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados de tal forma que os principais problemas de saúde da comunidade sejam sanados com ações de promoção em saúde e prevenção de agravos.

A atenção básica, sendo a porta de entrada do usuário no serviço de saúde, deve abranger ações no âmbito individual e coletivo, além de ser responsável por desenvolver estratégias que englobem a população adscrita ao território. É importante considerar as características sócio-culturais e organizar atividades voltadas ao cuidado longitudinal das famílias da comunidade.

O acesso ao pré-natal adequado e iniciado no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da atenção básica. O Ministério da Saúde aponta a ação educativa como sendo a melhor forma de assistir a gestante e promover a Saúde. Este preconiza uma assistência qualificada e humanizada para as gestantes em um serviço de fácil acesso e que integre todos os níveis de atenção: prevenção, promoção e assistência da saúde da puérpera e do recém-nascido (MORAIS, 2011).

Algumas ações devem ser realizadas pela equipe de saúde para que a gestante inicie o acompanhamento pré-natal:

- ✓ Captação precoce da gestante (até 12ª semana de gestação) pelo ACS ou através de procura direta da mulher com suspeita de gravidez.
- ✓ Oferecer o teste rápido de gravidez na própria unidade de saúde, sempre que necessário.
- ✓ Realizar o cadastro da gestante através do preenchimento da ficha de cadastramento do SISPRENATAL.
- ✓ Oferecer a caderneta da gestante.
- ✓ Agendar a primeira consulta de pré-natal.

Segundo o Caderno de Atenção Básica - número 32 do Ministério da Saúde, a 1ª consulta de pré-natal deve abordar uma anamnese completa, incluindo aspectos socioepidemiológicos, história pregressa, história familiar, história ginecológica, além de dados da gravidez atual. Deve ser seguida por um exame físico completo, e solicitados os exames complementares necessários. É o momento ideal para sanar as dúvidas e minimizar a

ansiedade da mãe, além de iniciados os cuidados gerais, englobando ações de prevenção de doenças e promoção à saúde:

- ✓ orientar a gestante sobre a alimentação e o acompanhamento do ganho de peso;
- ✓ incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
- ✓ fornecer todas as informações necessárias e respostas às indagações da mulher, de seu companheiro e da família;
- ✓ prescrever suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia) para profilaxia da anemia;
- ✓ orientar sobre as vacinas necessárias (Hepatite B, anti-tetânica);
- ✓ referenciar a gestante para atendimento odontológico (prevenção de doenças bucais);

Com relação à alimentação e avaliação do ganho de peso, o Ministério da Saúde recomenda que, em todas as consultas de pré-natal a gestante seja pesada e avaliado o seu índice de massa corporal (IMC). Com base no IMC obtido na primeira consulta de pré-natal, é possível conhecer o estado nutricional atual e acompanhar o ganho de peso até o final da gestação. Sabe-se que a obesidade está associada a uma frequência mais alta de distócias, diabetes e hipertensão arterial e a um risco maior de cesariana. Por outro lado, na gestante com baixo peso há um risco maior de parto prematuro (Caderno de Atenção Básica, nº32 - 2012).

A alimentação saudável e a atividade física regular são aliadas fundamentais no controle do peso, na redução do risco de doenças e na melhoria da qualidade de vida. O incentivo, a orientação e a promoção da alimentação saudável e da atividade física no âmbito da atenção básica da saúde da gestante devem ser ações constantes do profissional de saúde, a fim de tornar o dia a dia da gestante mais ativo (Caderno de Atenção Básica, nº32 - 2012). É importante orientar à gestante para evitar o fumo e o consumo de álcool, pois são hábitos prejudiciais para a sua saúde e o crescimento do feto e que aumentam o risco de nascimento prematuro.

Durante os cuidados no pré-natal, é importante orientar sobre as vantagens da amamentação tanto para a mulher - fortalece o vínculo afetivo, favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia, contribui para retorno ao peso normal, quanto para a criança - protege contra infecções, diminui as chances de desenvolvimento de alergias, diminui número de internações, além do leite materno ser um alimento completo para o bebê (Caderno de Atenção Básica, nº32 - 2012).

Sobre a reposição de ácido fólico e sulfato ferroso, o Ministério da saúde recomenda: *“a suplementação rotineira de ferro e folato parece prevenir a instalação de baixos níveis de hemoglobina no parto e no puerpério. Existem poucas informações em relação a outros parâmetros de avaliação da mãe e de seu recém-nascido (grau de recomendação A). O Programa Nacional de Suplementação de Ferro, do Ministério da Saúde, criado por meio da Portaria MS nº 730, de 13 de maio de 2005, recomenda a suplementação de 40mg/dia de ferro elementar (200mg de sulfato ferroso). Orienta-se que a ingestão seja realizada uma hora antes das refeições. A suplementação de ferro deve ser mantida no pós-parto e no pós-aborto por 3 meses.”* (Caderno de Atenção Básica, nº32 - 2012).

É muito importante que os profissionais de saúde orientem sobre a importância da imunização. A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. Não há evidências de que, em gestantes, a administração de vacinas como a influenza, anti-tetânica e hepatite B acarrete riscos para o feto (Caderno de Atenção Básica, nº32 - 2012).

Na ESF Capão Novo atualmente estão cadastradas 42 gestantes, sendo que 37 delas são acompanhadas por mim e as demais foram encaminhadas ao pré-natal de alto risco. Todas as consultas são feitas seguindo o protocolo do Ministério da Saúde, uma vez que o município não possui protocolo próprio. A maior dificuldade encontrada é com relação ao seguimento adequado do pré-natal. Como grande parte das gestantes acompanhadas (42%) possuem até 25 anos, o vínculo tem se tornado tranquilo de ser realizado, porém grande parte destas gestantes, apesar de todas as orientações feita por mim e pela equipe da unidade, continuam não aderindo ao tratamento medicamentoso para prevenção de anemia (sulfato ferroso) e não se importam muito sobre a questão da imunização.

Na primeira consulta as gestantes são convidadas a participarem do grupo e este tem por objetivo promover qualidade de vida e tentar minimizar a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Durante a realização dos grupos, em cada encontro, são abordados temas que possam acrescentar informações e sanar dúvidas sobre a gestação e o parto.

Assim, ações específicas são desenvolvidas na unidade de saúde englobando os seguintes temas: fases da gestação, alimentação saudável, prática de exercício físico, prevenção e controle do tabagismo, aleitamento materno, imunização. Além das questões de saúde, as gestantes serão orientadas sobre questões referentes aos seus direitos sociais e trabalhistas.

Segundo Rocha e Andrade (2008), a realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, porém é no momento do pré-natal que a mulher deverá ser mais bem orientada para que possa viver a gestação de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação.

Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério.

4. Visita Domiciliar – Atividade 4

A visita domiciliar configura-se como uma das modalidades da atenção domiciliar à saúde, buscando dar enfoque necessário aos princípios doutrinários do SUS (integralidade, universalidade e equidade). A atenção integral às famílias que necessitam da atenção domiciliar e à comunidade adscrita na área da ESF é o objetivo central desta modalidade, uma vez que são consideradas entidades influenciadoras no processo saúde-doença dos indivíduos (ANDRADE *et al*, 2014). Assim, compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares potencializa a eficácia e a eficiência da atenção domiciliar, permitindo aos profissionais planejarem as ações considerando o modo de vida e os recursos disponíveis pelas famílias.

Várias são as ações realizadas no domicílio pela nossa equipe, como o cadastramento da população, a busca ativa (principalmente de gestantes que não comparecem às consultas de pré-natal) e ações de vigilância e de educação em saúde. Na ESF Capão Novo as visitas domiciliares são sempre planejadas com uma semana de antecedência. Como temos um déficit profissional de agentes comunitários (apenas 2 ACS para um território grande) e como nossa unidade foi recém criada, as visitas são pedidas por familiares/cuidadores diretamente na unidade ou são identificadas pelos ACS em visitas que os mesmos estão realizando para efetuarem o cadastramento da população adscrita na área. Mesmo com estas limitações as visitas são sempre realizadas por mim após discussão em reunião de equipe semanal sobre o quadro e a necessidade do paciente em questão. Acredito que os profissionais da equipe devem ter senso crítico, buscando uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos pacientes.

O planejamento das visitas é programado conforme julgamos necessário a prioridade do paciente. Assim, estabelecemos alguns tópicos prioritários:

- ✓ Problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a ESF;
- ✓ Situação ou problema crônico agravado;
- ✓ Situação de urgência;
- ✓ Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde;

- ✓ Busca ativa de gestantes cadastradas na unidade que não estão comparecendo às consultas de pré-natal;
- ✓ Gestantes desnutridas ou de alto-risco;
- ✓ Pacientes sem cuidador;
- ✓ Idosos que moram sozinhos;

No domicílio a abordagem é iniciada pelo caso prioritário e após a avaliação individual do paciente é realizada a abordagem familiar e, posteriormente, são prescritos os cuidados, feitos os encaminhamentos e fornecidas todas as orientações pertinentes de acordo com a especificidade do caso e de sua família.

Na atenção domiciliar, a equipe deve respeitar o espaço da familiar, ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a autoestima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde (CAD-MS, 2012). Essa assistência contribui para a humanização da atenção à saúde por envolver as pessoas no processo de cuidado, potencializando a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença.

Uma das dificuldades que encontramos na realização das visitas é com relação à articulação com os outros níveis da atenção. É importante que a assistência domiciliar esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A intersetorialidade é fundamental para a construção coletiva de uma proposta integrada de atenção à saúde, bem como para aumentar a resolutividade dos serviços e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (CAD-MS, 2012).

Não possuímos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) no nosso município e, sim uma equipe do Programa Melhor em Casa, composta por um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e um fisioterapeuta. Porém, os pacientes da minha área que possuem uma limitação definitiva não conseguem ter acesso à fisioterapia, pois a Equipe do Melhor em Casa alega que na área onde os pacientes residem possui uma ESF e não irão visitá-los. Isso prejudica muito o processo de reabilitação dos pacientes e infelizmente esses pacientes estão ficando desamparados nesse quesito. Já conversei diversas vezes na Secretaria de Saúde para que possamos fazer algo por estes pacientes, mas ainda não temos uma resposta definitiva da gestão.

Com relação ao transporte, a Prefeitura Municipal oferece um carro para realizarmos as visitas. Nem sempre o carro está disponível, pois às vezes este também realiza viagens intermunicipais para levar pacientes em consulta com especialista. Porém, em caso de domicílios próximos à unidade de saúde a equipe vai a pé, sem problemas. A visita domiciliar

é sempre realizada pelo médico, o técnico de enfermagem ou o enfermeiro e a ACS responsável pela área. Os procedimentos realizados em cada visita são a aferição da pressão arterial e medida da glicemia capilar (HGT). Já ocorreu de um familiar pedir uma visita para um paciente acamado, com lesão cerebelar e perda de equilíbrio, para fazermos a lavagem de ouvido, e esta foi realizada.

Já realizei várias visitas, entretanto duas delas me chamaram a atenção. A primeira trata-se de uma paciente acamada, 78 anos, portadora de doença de Alzheimer. Além disso, a paciente apresenta outras comorbidades crônicas, como diabetes e hipertensão. Mora sozinha com seu marido, que é o cuidador, um senhor de 72 anos. Tem 1 único filho que é o responsável por levar a comida para o casal, porém mora distante dos pais. Encontrei a paciente deitada em uma cama na sala, onde seu marido estava assistindo TV, mas me deparei com muitas dificuldades: uma paciente acamada, desorientada, que não conversa e não mantém contato, emagrecida. Fica deitada o dia todo e totalmente dependente do marido. Situação bem complicada esta, pois o esposo, sozinho, é o responsável pela paciente e por ajudar no seu dia-a-dia. Fiz todas as orientações necessárias e contatei a assistente social para acionar a família. O filho foi à ESF e conversamos sobre as comorbidades da paciente e o apoio que o cuidador necessita, pois trata-se também de um paciente idoso e com comorbidades. Acredito que a criação do vínculo com esta família foi de extrema importância para a adequação dos cuidados pelos quais a paciente necessitava.

Outra visita que me chamou a atenção foi em uma paciente gestante, 26 anos, 28 semanas de gestação à época da visita, que iniciou o pré-natal conosco tardiamente, porém compareceu a apenas 1 consulta. Sempre alegava não poder comparecer, pois tinha que cuidar dos outros 3 filhos. Mora em uma casa com apenas 2 cômodos, sem água tratada e sistema de saneamento precário. Os filhos (6,4 e 2 anos) estavam na casa, sujos e o mais novo com um resfriado comum. Examinei a paciente, pedi os exames de pré-natal necessários e orientei muito sobre a importância de consultas regulares e sobre o planejamento familiar. Fiquei muito mexida com a situação de vulnerabilidade social e acabei consultando também o filho da paciente. Sai da visita com a sensação de dever cumprido e questionando como nós, profissionais de saúde, sozinhos não podemos melhorar a situação de saúde local, porém buscar a integralidade do cuidado e oferecer orientação sobre promoção e prevenção à saúde estão ao nosso alcance e é nosso dever.

De modo geral, executar a visita domiciliar constitui um desafio. Apesar de ser uma atividade programada e inserida no cronograma da ESF, a visita domiciliar tem muito a ser melhorada, no sentido de abranger mais pacientes e promover uma integralidade aos usuários.

Contudo, ao nos aproximarmos da subjetividade dos pacientes, criando vínculos entre o profissional e o usuário, e realizando essa atividade em tempo reduzido, constatamos o quanto a percepção do cuidado significa para estes pacientes e minimizam seus sofrimentos e angústias.

5. Reflexão Conclusiva – Atividade 5

A experiência deste primeiro ano de formada trabalhando na atenção básica foi de extrema importância para meu crescimento profissional e pessoal. Hoje, vejo que deixei a faculdade com o conhecimento mínimo necessário para ser um médico generalista, porém, o aprofundamento e estudo diário foram necessários para tomar as condutas corretas e proporcionar melhoria da qualidade de vida aos pacientes que buscam atendimento.

Muitos profissionais não gostam da atenção básica e preferem ter um contato mínimo com os pacientes nas unidades de pronto atendimento. Posso dizer que me senti realizada atuando na atenção básica. Gosto de ter um contato mais próximo com o paciente e sua família, e tem se tornado gratificante o retorno dos pacientes para um cuidado longitudinal.

Como comecei a trabalhar em um distrito onde a população estava acostumada a ter seu problema de saúde resolvido em um pronto atendimento, em consulta de 5 minutos, não foi fácil a aceitação por parte da comunidade em assimilar a importância e complexidade da atenção básica.

A integração da equipe foi essencial para que a ESF fosse se tornando forte o suficiente para conseguir o apoio e entendimento da população. Quando a equipe é multiprofissional, é necessário considerar as interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada profissional, bem como a preservação das respectivas áreas.

Acredito que um dos maiores desafios dos profissionais que compõem a ESF é a mudança de abordagem, principalmente de médicos e enfermeiros no trabalho diário das equipes. A forma de se acolher o paciente e de como este é orientado na unidade de saúde mostra a integração da equipe e o quanto é importante o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

O Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela UNASUS/UFCSPA contribuiu muito para meu crescimento. A abordagem de temas comuns no dia-a-dia do médico generalista, assim como a exemplificação com casos clínicos sempre remete a algum paciente já atendido por nós na unidade de saúde e nos faz questionar se realmente fizemos o melhor para aquele paciente.

Posso dizer que, apesar de todas as dificuldades vivenciadas, pude aprender e superar as adversidades do dia-a-dia. Muitas vezes, a atenção básica, no modo de pensar de algumas pessoas, ainda remete à noção de menor complexidade, uma vez que se imagina lidar com

problemas simples, os quais necessitam de tecnologias menos sofisticadas e qualificação técnica simplificada.

É notável que o modelo da Estratégia de Saúde da Família teve um impacto grande na organização do sistema público de saúde. Porém, o surgimento da atenção básica foi fundamental como estratégia de transformação do modelo assistencial, incluindo a família como o foco da atenção.

Acredito que seja primordial a constante necessidade de qualificação dos profissionais de saúde, a fim de que desenvolvam uma reflexão crítica sobre suas práticas, visando sempre o atendimento integral e contínuo à população.

Referências

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 25, n. 5, p. 1103-1112, May 2009.

ANDRADE, Ademilde Machado et al . Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília, v. 23, n. 1, p. 165-175, mar. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos. *Caderno de Atenção Básica*, n. 32, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Domiciliar – melhor em casa*. Brasília. Vol 1, 2012

LEOPERCIO, W. GIGLIOTTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. *JBras Pneumol*. 2004;30:176-85.

LUMLEY, Judith et al. “Interventions for Promoting Smoking Cessation during Pregnancy.” *The Cochrane database of systematic reviews* 3 (2009): CD001055. PMC.

MORAIS, M. A. Contribuição do pré-natal pelas equipes de saúde da família na redução da mortalidade infantil e materna. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Formiga, 2011. 32f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

PENNA, Lucia Helena Garcia; CARINHANHA, Joana Iabrudi and RODRIGUES, Raquel Fonseca. Collective prenatal consultation: a new proposal for comprehensive health care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2008, vol.16, n.1, pp.158-160.

ROCHA, B. de S.; ANDRADE, M.; A promoção da saúde na assistência pré-natal realizada pelos enfermeiros no programa de saúde da família. Informe-se empromoção da saúde, v4, n.2. p.28-30, 2008.

SERRUYA S.J., LAGO T.G., CECATTI J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev Bras Saude Mater Infant 2004 julho-setembro, 4(3):269-79.

SILVA, J. M.et al. Consulta de Enfermagem Pré-Natal e educação em saúde: prática do enfermeiro no programa saúde da família. Revista Nursing, v 12: p 170-174, 2010.

ANEXO 1 – Projeto de Intervenção



PROJETO DE INTERVENÇÃO

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE GRUPO PARA GESTANTES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CAPÃO NOVO, CAPÃO DA CANOA - RS

Natália Faria Mesquita

Capão da Canoa, agosto de 2016

RESUMO

A gestação é considerada como um momento singular na vida da mulher, o qual envolve vários aspectos novos no seu cotidiano e requer uma adaptação à chegada de um novo membro da família, constituindo-se um momento de maior vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, propício para o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde. O acompanhamento pré-natal visa assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna. A atenção à saúde da mulher é uma prioridade pelas altas taxas de morbimortalidade. Este estudo teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para a implantação de um grupo de gestantes na Estratégia de Saúde da Família Capão Novo, com o objetivo de desenvolver ações educativas na atenção à saúde das gestantes. Foi realizada uma revisão bibliográfica ampla para análise da produção científica já existente sobre o tema. Espera-se que os grupos operativos auxiliem as gestantes e sua família na quebra de tabus e fortalecimento do vínculo materno-infantil, oferecendo maior tranquilidade nessa fase importante de sua vida, permitindo à mulher expressar seus medos, anseios e expectativas, além de proporcionar troca de experiências.

Palavras chave: pré-natal, gestação, atenção primária à saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	26
2 OBJETIVOS	28
2.1 Objetivo Geral	28
2.2 Objetivos Específicos	28
3 REVISÃO DA LITERATURA	29
4 METODOLOGIA	31
4.1 Cenário da Intervenção	31
4.2 Abordagem das Gestantes.....	31
4.3 Encontros	32
4.4 Conteúdo dos encontros.....	32
5 CRONOGRAMA	33
6 RECURSOS NECESSÁRIOS	34
7 RESULTADOS ESPERADOS	35
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

Capão da Canoa é um município do estado do Rio Grande do Sul e, segundo estimativas do último censo, conta com a maior população do Litoral Norte gaúcho, com um total de 47.148 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Atualmente o município possui onze balneários, com 19,1 km de extensão norte-sul, divididos em quatro distritos: sede (Capão da Canoa), Capão Novo, Arroio Teixeira e Curumim.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Capão Novo, situa-se no distrito de Capão Novo, que fica localizado na região central do município (distante 9 Km da sede) e conta com uma população estimada de 3.600 pessoas. Trata-se de uma ESF nova, recém-inaugurada e a equipe está em fase de organização do processo de trabalho. Possui uma equipe multidisciplinar formada por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um psicólogo, duas agentes comunitárias de saúde, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais. Ainda está sendo realizado o processo de territorialização e a análise da situação de saúde local.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico e tratamento de doenças. Visa à manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade (BRASIL, 2011).

A unidade básica de saúde deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado durante a gravidez (BRASIL, 2012). O acolhimento da gestante implica na responsabilidade dos profissionais de saúde pela integralidade do cuidado baseada em uma escuta qualificada, na criação de vínculo e na avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social.

Embora, nas últimas décadas, a cobertura de atenção ao pré-natal tenha aumentado garantir sua qualidade permanece como o maior desafio. Dados do Ministério da Saúde apontam que, entre o período de 1990 e 2010, o Brasil reduziu a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 141 para 68 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representa uma redução de 51% (BRASIL, 2011). Em relação à mortalidade infantil, houve decréscimo de cerca de 40% desses óbitos nas últimas duas décadas. Em 1990, a mortalidade infantil era

de 26,6 óbitos por 1000 nascidos vivos, e em 2010, de 16,2. Apesar do esforço, os níveis da mortalidade permanecem elevados quando comparados com os níveis de outros países com semelhantes índices de desenvolvimento econômico (BRASIL, 2011).

Essa melhoria da qualidade refere-se a uma mudança sensível na atitude dos profissionais de saúde e na eficiência e presteza dos serviços. Resultados nesse campo dependem também de outros fatores, relativos ao desenvolvimento econômico, social e humano de cada região, que conferem maior ou menor suporte às mulheres no momento da gestação.

O período da gestação e do parto envolve grandes mudanças e requer uma adaptação à chegada de um novo membro da família, constituindo-se, assim, em momento de maior vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, propício para o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde. O acompanhamento pré-natal visa assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, abordando aspectos psicossociais, além de possibilitar a identificação no momento oportuno de situações caracterizadas como de alto risco que necessitam de encaminhamentos para outros profissionais (BRASIL, 2011).

Baseado no fato de que cada gestante tem uma vida pessoal, com experiências diversificadas e, que quando em grupo, podem trocar informações e multiplicar conhecimentos sentiu-se a necessidade de desenvolver um olhar abrangente para a saúde da gestante. A intenção atual é realizar um grupo com as gestantes cadastradas na ESF Capão Novo, promovendo um maior envolvimento e participação destas através da escuta das suas histórias e suas impressões sobre essa fase de sua vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- ✓ Implantar um grupo educativo para as gestantes cadastradas na ESF Capão Novo

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Desenvolver ações educativas na atenção à saúde das gestantes
- ✓ Acompanhar e estabelecer vínculo com as gestantes
- ✓ Compartilhar dúvidas e inseguranças no enfrentamento da gravidez
- ✓ Estimular a gestante a realizar consultas de pré-natal mensalmente
- ✓ Orientar e conscientizar sobre a importância do aleitamento materno, seus benefícios nutricionais e emocionais

3 REVISÃO DA LITERATURA

Nas últimas décadas, a atenção à saúde da mulher foi beneficiada com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implantado em meados dos anos 80, cujo objetivo era atender a mulher de forma integral, reduzindo os riscos referentes ao pré-natal e ao parto. Esse programa foi uma das maiores conquistas do movimento feminista, resultante da mobilização das mulheres brasileiras em busca da cidadania, dos direitos e do acesso ao espaço público.

No ano de 2000 foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), com o principal objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no País. Além disso, visa proporcionar atendimento humanizado e melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e do recém-nascido. (Cassiano et al, 2014).

Na busca pela melhoria da assistência materno-infantil, o Ministério da Saúde criou o programa Rede Cegonha, em 2011. Tal programa tem como objetivo aplicar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança, garantia de acesso, acolhimento e resolutividade e a redução da taxa de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011).

A atenção à saúde da mulher é uma das prioridades dos programas governamentais pelas altas taxas de morbimortalidade. Um relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), publicado em 2014, aponta que o Brasil conquistou um avanço significativo na redução das mortes relacionadas à gravidez ou parto de 1990 a 2013 (redução de 43%).

Adicionalmente, o relatório da OMS ainda destaca o impacto que condições médicas preexistentes, como diabetes, AIDS e obesidade, têm sobre a saúde na gravidez, sendo responsáveis por 28% das mortes deste tipo no mundo. Esta proporção é similar à das mortes por hemorragias graves durante a gravidez ou parto, que isoladamente é a principal causa de morte materna no mundo. Além disso, hipertensão arterial e infecções estão dentre as causas mais comuns de óbito materno no mundo. Cabe lembrar que todas essas causas são passíveis de prevenção quando se oferta uma assistência ao pré-natal, parto e puerpério qualificada.

A atenção pré-natal qualificada e humanizada implica a realização de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, o acesso facilitado aos serviços de saúde, a promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial até o atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2011).

Conclui-se assim que um pré-natal qualificado exige a participação e o comprometimento de uma equipe de atenção primária integrada internamente, que esteja preparada para acolher e orientar as gestantes e seus familiares.

A participação do pai no pré-natal deve ser estimulada durante as consultas e atividades em grupos, pois é o momento em que ocorre o preparo do casal para o parto. No período gestacional, a mulher passa por grandes modificações nos âmbitos biológico, afetivo, emocional e sócio-cultural, e o apoio do marido e de familiares torna-se de extrema importância, constituindo um forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais.

Muitas vezes a atenção pré-natal fica limitada ao atendimento clínico devido a dificuldades na operacionalização de atividades educativas e grupos de orientação. A gravidez é uma condição que envolve muitos mitos, dúvidas, crenças e expectativas, que podem estar diretamente relacionadas ao contexto familiar e social, e que, na maioria das vezes são comuns a várias mulheres.

O trabalho grupal deve ser utilizado como estratégia do processo educativo, uma vez que a construção deste acontece a partir das interações entre seres humanos de forma dinâmica e reflexiva (Pichon, 2000). A técnica de trabalho com grupos promove o fortalecimento das potencialidades individuais e grupais, a valorização da saúde, a utilização dos recursos disponíveis e o exercício da cidadania.

De maneira geral os grupos são desenvolvidos com a finalidade de complementar o atendimento realizado nas consultas, melhorar a aderência das gestantes aos hábitos considerados mais adequados, diminuir a ansiedade e compreender de forma mais clara os sentimentos que surgem neste período, permitem a aproximação entre profissionais e receptores do cuidado além de contribuírem para o oferecimento de assistência humanizada (Frigo et al, 2012).

4 METODOLOGIA

Para proporcionar embasamento teórico ao plano de intervenção foram utilizadas publicações recentes, o que proporcionou conhecimentos para elaborar essa proposta, bem como compreender o funcionamento dos grupos operativos para gestantes com a finalidade de utilização na prática da equipe e em benefício das usuárias.

Foi realizada uma revisão de literatura sobre a evolução das ações e programas de atenção à saúde materno-infantil no Brasil. O levantamento dos dados foi realizado em livros, *sites* e publicações do Ministério da Saúde e artigos das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/Bireme), Medline e da Scientific Electronic Library Online (Scielo).

A busca foi realizada por meio do método integrado, com utilização dos seguintes descritores: pré-natal, gestação, atenção primária à saúde, Rede Cegonha, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e humanização do pré-natal. Delimitados os descritores, a seleção dos textos foi realizada por leitura exploratória, com o objetivo de conhecer o material, e, posteriormente, por leitura seletiva, na qual foram excluídos estudos regionais.

4.1 Cenário da Intervenção

A proposta será desenvolvida na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Capão Novo, localizada no distrito de Capão Novo. O local escolhido para a realização das atividades será a sala de reuniões da ESF, em decorrência da amplitude do local e dos recursos materiais existentes, como mesas e cadeiras, com capacidade para acolher até 30 pessoas.

4.2 Abordagem das Gestantes

Através de convite verbal as gestantes cadastradas na ESF Capão Novo, que estejam realizando consultas de pré-natal regularmente todo mês serão abordadas e questionadas quanto à vontade em participar do grupo.

Serão colados cartazes informativos no espaço físico da unidade de saúde sobre o grupo de gestantes a ser iniciado. O objetivo é limitar o grupo inicial a 15 gestantes, dando a oportunidade de trazer o companheiro ou familiar.

4.3 Encontros

Serão realizados 10 encontros quinzenais, às terças-feiras, na parte da tarde, em horário compatível com a participação das gestantes e seus familiares. O critério de inclusão no grupo é o acompanhamento pré-natal mensal e regular na ESF Capão Novo. O tempo de grupo foi programado para 1 hora e 30 minutos de duração, podendo sofrer alterações ao longo do decorrer dos encontros.

4.4 Conteúdo dos encontros

Durante as reuniões serão abordados temas que possam acrescentar informações e sanar dúvidas sobre a gestação. A idéia inicial é que os temas sigam uma organização lógica e cronológica, dispostos da seguinte forma:

- 1º encontro: a importância do pré-natal e as fases da gestação
- 2º encontro: alterações que ocorrem no corpo da mulher durante a gestação
- 3º encontro: medicamentos e atividade física durante a gestação
- 4º encontro: nutrição e gestação; tabagismo e outras drogas
- 5º encontro: tipos de parto e o momento de ir para a maternidade
- 6º encontro: aleitamento materno, nutrição e saúde do recém-nascido
- 7º encontro: teste do pezinho e primeiras vacinas
- 8º encontro: cuidados com o recém-nascido
- 9º encontro: atividade sexual e utilização de métodos contraceptivos
- 10º encontro: benefícios legais dos pais

Cabe lembrar, que após a discussão dos temas será aberto um espaço para levantamento das demandas das gestantes, favorecendo a troca de experiências e a construção de um saber conjunto.

5 CRONOGRAMA

Ações	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
Identificação do problema	X						
Apresentação da proposta à equipe de saúde		X					
Reunião para discussão do tema proposto		X	X				
Elaborar/planejar oficinas sobre os diferentes temas			X	X	X	X	
Confecção de cartazes chamativos		X					
Abordar as gestantes durante as consultas de pré-natal		X	X				
Grupo operativo com as gestantes			X	X	X	X	X

6 RECURSOS NECESSÁRIOS

Recursos humanos: membros da equipe de saúde da família - composta por 1 médica, 1 enfermeiro e 1 técnica em enfermagem.

Recursos materiais:

- ✓ Sala para realização de grupos
- ✓ Cadeiras
- ✓ Equipamento de multimídia
- ✓ Lista com o nome das gestantes participantes
- ✓ Canetas
- ✓ Cartolinas coloridas
- ✓ Canetas esferográficas coloridas
- ✓ Impressora
- ✓ Computador
- ✓ Papel A4

7 RESULTADOS ESPERADOS

No contexto da inversão do modelo assistencial de saúde e da crescente demanda, a proposta de implantação de grupos operativos, inicialmente, de um grupo de gestantes, vem a ser uma oportunidade de trabalho em equipe, com envolvimento multiprofissional, estabelecendo vínculos entre os profissionais e entre estes e a população.

O grupo de orientação às gestantes caracteriza-se por uma ação educativa com o objetivo de facilitar a disseminação da informação e apropriação do conhecimento e favorecer a troca de experiências. Assim, torna-se imprescindível que as futuras mães conheçam todo o processo que envolve o ciclo gravídico-puerperal.

O nosso papel como profissionais de saúde deve ser sempre focado no ato de capacitar o indivíduo, deixando de lado a postura autoritária de educação para a saúde, em detrimento a uma postura de incentivo e motivação, fazendo com que a promoção à saúde deixe de ser uma idéia e passe a ser uma prática rotineira.

Esperamos com esse projeto envolver as gestantes acompanhadas na ESF Capão Novo a participarem do grupo proposto, e que demonstrem interesse e possibilitem a troca de vivências e aquisição de novos conhecimentos. Entendemos que o contexto grupal revela-se como recurso essencial, traduzindo-se numa oportunidade de compartilhamento entre os participantes, seja de experiências, angústias, saberes e medos.

Implantar o grupo de gestantes na ESF Capão Novo contribuirá positivamente nas ações de saúde das mulheres em acompanhamento pré-natal oferecendo uma assistência integral e aumentando o impacto positivo nos indicadores da saúde da mulher.

Concluimos que a realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal é muito importante, mas é no período pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e maiores taxas de sucesso na amamentação.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. Nutrição em obstetrícia e pediatria. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002.

ALLEN, L. H. Multiple micronutrients in pregnancy and lactation. *American Journal of Clinical Nutrition*, Bethesda, v. 81, n. 5, p. 1206S-16S, 2005.

BRACKEN M. B. et al. Association of maternal caffeine consumption with decrements in fetal growth. *American Journal of Epidemiology*, Baltimore, v. 157, n. 5, p. 456–66, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CAVALCANTI, P. C. S. O modelo lógico da Rede Cegonha. 2010. 25 f. Monografia (Especialista) - Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres do Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p.13-24,dez. 2007.

DELFINO, M. R. R. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual coletiva. Dissertação de mestrado. Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão (SC). 2003.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FREITAS, F. et al. Rotinas em obstetrícia. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

HALPERN, R. et al. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jul. 1998.

KLEIN, M. M. de S.; GUEDES, C. R. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. Brasília, 2008. v.28 n.4

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London: NICE, jun. 2010.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. Psicologia em Estudo, Maringá, v.13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais na gravidez, parto e puerpério. Revista de Ciências Médicas, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-268, jul./set. 2003.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília,DF: Unesco, 2002.

SILVA, A. I.; FIGUEIREDO, B. Sexualidade na gravidez e após o parto. Psiquiatria Clínica, Braga, v. 25, n. 3, p. 253-264, 2005.

ZUGAIB, M. Obstetrícia. 1.^a edição. Barui, SP: Manole; 2008