

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
PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
LUÍSA BORDIGNON FÉLIX DE OLIVEIRA

**GRUPO DE GESTANTES COMO INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO
MUNICÍPIO DE ARAMBARÉ/RS**

ARAMBARÉ- RS

2017

LUÍSA BORDIGNON FÉLIX DE OLIVEIRA

**GRUPO DE GESTANTES COMO INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO
MUNICÍPIO DE ARAMBARÉ/RS**

**Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado à UNASUS/
UFCSPA, como requisito para
conclusão da Pós Graduação em
Saúde da Família.**

ARAMBARÉ- RS

2017

Sumário

1 Introdução	04
2 Estudo de Caso Clínico	06
3 Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção	10
4 Visita Domiciliar/ Atividade no Domicílio	13
5 Reflexão Conclusiva	15
6 Referências.....	17
7 Anexo 1- Projeto de Intervenção	18

1 INTRODUÇÃO

Me chamo Luísa Bordignon Félix de Oliveira, conclui o curso de medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná em julho 2015. Após a formatura realizei plantões em pronto-atendimentos. Em dez de novembro de 2015 iniciei Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) em uma Unidade de Saúde rural do município de Arambaré-RS. As atividades do PROVAB encerraram-se em novembro de 2016 e desde então estou realizando plantões novamente.

A Unidade Básica de Saúde que eu atendia conta com uma equipe composta por: uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e duas agentes de saúde. Além disso, no mesmo posto há sempre uma técnica de enfermagem e um motorista de plantão 24 horas por dia que realiza a triagem dos pacientes e os encaminha para atendimento no pronto-atendimento da cidade nos períodos que não há atendimento médico na unidade. Além da unidade que eu realizava atendimentos o município conta com essa unidade de pronto-atendimento e outra unidade de Estratégia da Saúde da Família.

O posto fica localizado no distrito de Santa Rita do Sul, pertencente ao município de Arambaré-RS e localizado a 17km da região central da cidade. A comunidade atendida pelo posto é de cerca de 1.700 pessoas, dessas pessoas 800 moram na área próxima à unidade e o restante em fazendas mais afastadas (ACS, 2016). O Hospital mais próximo fica localizado no município Camaquã e dista cerca de 47km.

O atendimento médico na unidade é realizado de segunda-feira a quinta-feira. Uma vez por mês a população recebe atendimento de uma pediatra e a cada 15 dias de uma dentista. As demandas mais frequentes da população são dor crônica, renovação de receitas e controle de doenças crônicas como diabetes, hipertensão e asma.

Por ser uma comunidade pequena e carente de recursos, a população procura a unidade de saúde também atrás de solução para seus problemas particulares, como conseguir empregos, preencher documentos e sanar algumas

dúvidas jurídicas. A comunidade local conta com apoio de uma escola que atende educação infantil e ensino fundamental, diversas igrejas pequenas, uma sub-prefeitura, um centro comunitário que é responsável pela distribuição de correspondências, alimentação das crianças que participam de atividades no contra-turno do colégio, associação de mães para produção e venda de pães, grupo de idosos, grupos de dança para crianças e adultos e é o local onde a prefeita vai ouvir as demandas da população uma vez por semana.

Quando iniciei o trabalho na unidade de saúde de Santa Rita do Sul percebi que a população era bastante carente de informações sobre saúde. Conversei com minha equipe e decidimos organizar um grupo para diabéticos e hipertensos com realização mensal e outro grupo para gestantes com realização quinzenal. Ao ser informada da necessidade de escrever sobre um Projeto de Intervenção realizado na unidade de saúde, decidi escrever sobre o grupo de gestantes por ter tido mais encontros e oportunidade de discutir mais temas com as participantes do grupo. Esse projeto de intervenção estará em anexo.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Maria Selma é uma senhora negra de 64 anos que estudou até a quarta série e sempre foi dona de casa. É casada com seu Alaor, um senhor de 70 anos que trabalhou por muito tempo na lavoura de arroz e agora está aposentado. O casal tem três filhos: Jorge (45 anos), Marta (40 anos) e Ana Amélia (38 anos); e 5 netos: Pedro (18 anos), Marina (15 anos), Bruna (13 anos), Luana (12 anos) e Paulo (3 anos). Os nomes apresentados são fictícios.

Dona Maria é uma das moradoras de Santa Rita do Sul, no município de Arambaré-RS. Pela localização privilegiada, a casa está sempre lotada de familiares e amigos. Para recebe-los dona Maria tem sempre algo sendo preparado no fogão a lenha seu Alaor construíra, aliás, sua atividade preferida é estar em meio às panelas inventando gostosuras. Todos os familiares e vizinhos chegam a salivar ao falar das delícias que saem daquelas panelas.

Mariquinha, como é conhecida pelos moradores da comunidade, adora reunir os familiares e ter todos sempre ao seu controle, tanto é assim que convenceu os filhos mais velhos de construir casas no fundo da sua. A grande tristeza de Maria Selma é não ter sua filha Ana Amélia sempre por perto, ela decidiu estudar na capital, Porto Alegre, aos vinte anos, casou e teve seu filho Paulo por lá.

No meu primeiro dia de trabalho na Unidade de Saúde de Santa Rita do Sul dona Mariquinha foi me receber com um delicioso bolo de boas-vindas e já avisou “já agendei uma consulta para amanhã, ai como tenho dor nas costas”.

Antes de chamar Dona Maria para a consulta observei que ela consultava frequentemente com o médico anterior com queixas de dores no corpo, fraqueza e mal estar. Percebi que há muito tempo havia sido prescrito medicação para hipertensão e que não havia registro de realização de exames.

Durante a consulta com Mariquinha sua única queixa era de dores nas pernas. Relatou que não fazia uso de medicação contínua há dois anos “porque não sentiu diferença no seu corpo enquanto estava utilizando”. Realizara exames laboratoriais no último ano, mas não havia mostrado ao médico com

medo de “descobrir doenças” e avisou que jamais faria exame citopatológico e mamografia, “pois a vizinha que realizou morreu em seis meses”. Ao exame: PA: 182/110; Peso:98kg; Circunferência abdominal: 102cm; Altura:160cm; IMC:38,2. Oriente Maria Selma que existem alguns fatores na vida dela que denotam maior risco para hipertensão como ser de raça negra, baixa escolaridade, obesidade, sedentarismo e a alta ingestão de sal. Além disso, seus níveis pressóricos a classificavam como hipertensão estágio 3, o que aumenta sobremaneira o risco de eventos cardiovasculares. Solicito a realização de exames laboratoriais como colesterol, triglicérides, glicemia, hemoglobina glicada, creatinina, potássio, uréia e de um eletrocardiograma. Prescrevo enalapril 10mg ao dia e hidroclorotiazida 25mg ao dia, associado a mudanças no estilo de vida como diminuição da ingestão de sal e prática de atividade física. Agendo retorno em 1 semana.

De acordo com a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial essa é uma doença multifatorial caracterizada por níveis pressóricos maiores ou iguais a 140 e/ ou 90 mmHg. Geralmente há associação com alterações metabólicas ou em órgãos-alvo como coração e rins. Entre os fatores de risco para desenvolvimento dessa condição encontram-se idade avançada, raça negra, pessoas com excesso de peso e obesidade, alta ingestão de sal e álcool, sedentarismo e fatores socioeconômicos como baixa escolaridade.

A aferição da pressão arterial deve ser realizada em todos os atendimentos realizados por profissionais da saúde como forma de rastreio. A conduta para o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial deve levar em consideração o valor de pressão aferido e o risco adicional que a pessoa apresenta para eventos cardiovasculares. Portanto, se o paciente apresenta pressão arterial (PA) maior ou igual a 140 e/ou 90 e baixo ou médio risco cardiovascular na primeira visita, deve-se agendar outra visita que confirmará diagnóstico se PA novamente maior ou igual 140 e/ou 90, ou considerar Medição Residencial da Pressão Arterial (MRPA) ou Medição Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA). Se o paciente apresentar PA maior ou igual a 180/110 ou PA maior ou igual a 140/90 com alto risco cardiovascular já pode-se confirmar diagnóstico de hipertensão arterial.

A meta de níveis pressóricos a serem atingidos de acordo com a diretriz é PA inferior a 130/80, excetuando-se pacientes com PA no estágio 3 para os quais a meta é PA inferior a 140/90 e idosos para os quais deve-se levar em consideração outras comorbidades e medicações utilizadas, sem realizar reduções drásticas de PA.

O tratamento é realizado através de mudanças comportamentais e uso de medicação. Como medida não farmacológica, a VII Diretriz recomenda diminuição da ingestão de quantidades excessivas de sal e álcool, aumento da ingestão de ácidos graxos insaturados, fibras, vitamina D, laticíneos, oleaginosas e alho. Além disso, recomenda a prática de atividades físicas, especialmente aeróbicas. Outras medidas incluem a cessação do tabagismo e controle do estresse. Se as medidas que levam a alteração do estilo de vida não são capazes de corrigir os níveis pressóricos é necessário iniciar o tratamento medicamentoso. Em geral, para pacientes com PA entre 140 e/ou 90 e 160/100 é utilizada uma classe de medicação anti-hipertensiva e para o restante já se inicia tratamento com 2 classes de medicações combinadas.

Como na semana seguinte à primeira consulta Dona Maria não compareceu na Unidade de Saúde para mostrar os exames e verificar a PA, Carine, agente comunitária do posto de saúde de Santa Rita do Sul, foi até sua casa para saber o que havia ocorrido e convidá-la para participar do grupo de hipertensos e diabéticos que iria começar em alguns dias no Centro Comunitário. Ana Amélia, a filha mais nova, estava na casa da mãe para passar um mês de férias e assumiu a responsabilidade de levar sua mãe para realizar exames, cuidar da alimentação, praticar atividade física e leva-la ao grupo. Mariquinha não ficou muito contente, mas como queria agradar sua filha que estava longe fez tudo que foi solicitado.

Após realizados os exames, Ana Amélia levou sua mãe à consulta. Os exames apresentaram as seguintes alterações: triglicerídeos 182 e HDL-colesterol 34. A pressão arterial já estava em níveis satisfatórios. Novas orientações de alterações no estilo de vida foram feitas e explicado que se as seguisse esses resultados de exames alterados já seriam corrigidos.

No entanto, a grande mudança na vida de Dona Maria foi percebida após o início da participação nos grupos de hipertensos e diabéticos. Ela perdeu peso, alterou a dieta de toda a família, formou um grupo para realização de caminhadas e faz controle rígido de sua pressão arterial. Mariquinha afirma que entender o que é Hipertensão Arterial e os riscos que esta condição traz à sua saúde a fez mudar de comportamento e incentivar todos ao seu redor a fazerem o mesmo.

Escolhi este caso para relatar como exemplo do que ocorreu com diversos pacientes após o início do grupo de hipertensos e diabéticos. Devido ao distrito de Santa Rita do Sul ter relativamente poucos habitantes, foi possível acompanhar a participação e evolução de vários pacientes. Dona Maria foi uma das pacientes mais marcantes, não só pelas mudanças em sua vida, mas pela influência na vida dos que a rodeiam.

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

Durante meu período de atuação na Unidade de Saúde de Santa Rita do Sul me deparei com uma comunidade elevado risco social e econômico, quase toda população está inserida em um ambiente de extrema pobreza e dependência do SUS para suas demandas de saúde. Percebi diversas situações preocupantes, como tratamento de doenças graves com chás, aliadas a falta de recursos e dificuldade de acesso a centros médicos.

Uma das situações que mais me preocupou e me estimulou a lutar por mudanças foi a forma como o pré-natal era realizado. Na maioria das vezes o início do pré-natal era tardio, as gestantes não apresentavam acompanhamentos regulares, não realizavam exames de rotina e as vacinas indicadas, não eram instruídas sobre sinais de trabalho de parto ou de como proceder os primeiros cuidados com o recém-nascido. Em resumo, não faziam ideia de como esse acompanhamento e cuidados específicos são importantes.

Meu primeiro passo foi solicitar que as agentes comunitárias de saúde fossem atrás das gestantes para cadastrá-las e iniciar o acompanhamento. Já com conhecimento das demandas dessas mulheres e sabendo quais eram seus pensamentos sobre o pré-natal me reuni com a equipe da unidade de saúde e decidimos implementar um grupo de gestantes. A principal motivação desse grupo foi de complementar o atendimento realizados nas consultas, melhorar os hábitos das gestantes e diminuir as ansiedades e sentimentos que surgem nesse período (VIEIRA, 2012).

Independente de quantas gestações prévias a mulher tenha tido, cada gestação será diferente e sempre será uma oportunidade de aprendizado e de cuidado com a saúde. Além de todas as alterações no corpo da mulher, há um turbilhão de sentimentos e mobilização de toda uma rede de pessoas na qual a gestante está inserida. Essa situação toda cria um ambiente propício a estimular mudanças, desenvolver ações preventivas e de promoção à saúde. (BRASIL, 2009).

Os objetivos gerais do grupo são dialogar e refletir sobre a gestação, oportunizar a expressão individual do período de gravidez e puerpério, aprofundar temas de interesse do grupo e ampliar a rede de apoio na comunidade (TEIXEIRA, 2016).

Os temas abordados foram pré-estipulados pela equipe, mas conforme as demandas das participantes apareciam íamos fazendo alterações. O Ministério da Saúde estipula temas como sugestão de abordagem: transformações corporais e emocionais, sexualidade, nutrição e atividades físicas, tabagismo e uso de drogas, etapa do ciclo vital, crescimento e desenvolvimento do concepto, parto e sinais de alerta, amamentação, cuidados com o recém-nascido, papel do pai e da rede de apoio, puerpério, benefícios legais, entre outros (BRASIL, 2006). Todos esses tópicos foram abordados em nossas reuniões.

Observamos que a realização dos grupos gerou grande mudança na comunidade, não só no acompanhamento das gestantes, mas com maior procura de familiares a fim de obter conhecimentos sobre atitudes preventivas que poderiam ter e de mudança no estilo de vida. Houve mudança na marcação dos exames das gestantes pela secretária de saúde do Município, com estratégias de priorização para que fossem realizados nas datas corretas.

O conhecimento adquirido nos grupos estimulou as gestantes a encararem com maior seriedade todo o acompanhamento pré-natal, relataram estarem menos ansiosas para o momento do parto e dos cuidados que deveriam ter no puerpério. Além disso, houve mudanças nos cuidados de puericultura, com os conhecimentos adquiridos durante a gestação as mulheres sabiam quais os cuidados eram necessários aos recém-nascidos, como alimentação, vacinas, periodicidade acompanhamento do desenvolvimento.

Ao final da experiência percebi que foi bem sucedida e gratificante, que atitudes simples, que exigem apenas disposição podem gerar uma cadeia de mudanças no local que estamos inseridos. No caso da unidade de saúde que trabalhei pudemos observas essas mudanças de forma mais rápida e evidente pois era uma comunidade pequena, mas acredito que em qualquer situação é

dever do profissional de saúde buscar incentivar atitudes que levem a promoção de saúde e prevenção de agravos.

4 VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Quando iniciei o trabalho na Unidade de Saúde de Santa Rita do Sul fui informada que já fazia alguns meses que as visitas domiciliares médicas não eram realizadas. Nas primeiras semanas pedi que minha enfermeira me levasse aos casos mais críticos, que sabidamente precisavam de alguma intervenção ou avaliação.

Em conversas com os cuidadores dos pacientes que visitei, com a equipe e com outras pessoas que compareceram à unidade de saúde percebi que era recorrente a queixa de dificuldade do acompanhamento de pacientes acamados, não havia programação de acompanhamento ou apoio aos cuidadores. A existência de poucos pacientes acamados na área adstrita ao posto tornava aquela situação ainda mais inadmissível.

Considerando que a visita domiciliar é uma das modalidades de atendimento oferecido ao paciente no nível de atenção da unidade de saúde, com o objetivo de manter, promover ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência ou minimizar os efeitos das incapacidades ou doenças, conversei com a equipe e percebemos que precisávamos de uma programação e organização para oferecer nosso melhor aos pacientes (GIACOMOZZI E LACERDA, 2006) .

O ideal é que para a realização das visitas seja realizado cadastramento de famílias e levantamento das condições de saúde dos pacientes. A realização de visitas é essencial para integrar equipe e família e garantir permanente proteção à saúde (MENDONÇA, 2008).

Nas semanas seguintes juntamente com as agentes comunitárias de saúde(ACS) e a enfermeira organizamos uma lista de pacientes que necessitavam acompanhamento domiciliar e elas estipularam prioridades de acordo com seus conhecimentos de cada paciente.

Em posse dessas informações organizamos a agenda de visitas domiciliares. Separamos todas as quartas-feiras a tarde para a realização dessas visitas, agendávamos previamente 3 pacientes e deixávamos 2 vagas

para pedidos de cuidadores por queixas agudas, altas hospitalares ou qualquer outra situação pertinente.

As visitas eram realizadas por mim, a ACS do paciente e a enfermeira da unidade de saúde ou uma técnica de enfermagem. Geralmente a ACS me contava uma breve história dos pacientes que eu ainda não conhecia, depois a enfermeira ou a técnica aferiam os dados vitais dos pacientes e após eu fazia a anamnese e exame físico.

Uma das principais dificuldades que encontrei nesse período foi o transporte para as visitas, muito frequentemente cancelávamos toda a programação ou parte dela pela dificuldade de locomoção até a casa dos pacientes. Outra dificuldade encontrada foi a falta de apoio de outras especialidades que ajudariam muito na recuperação dos pacientes, como assistente social e fisioterapia.

Para resolução dos problemas específicos dos pacientes utilizava mais o serviço do telessaúde do que encaminhamentos para Porto Alegre, já que cada viagem era muito desgastante e as vezes pouco resolutiva. Quando necessário a realização de exames, a enfermeira fazia solicitação de carro ou ambulância para a secretaria de saúde para que esses pacientes fossem levados ao destino e retornassem o mais breve possível.

Além de prestar assistência a condições agudas dos pacientes e acompanhar doenças crônicas, a visita domiciliar é importante ferramenta para orientar, educar, reabilitar e fornecer subsídios para que as famílias atendidas tenham condições de se tornarem autônomas e corresponsáveis no cuidado à saúde (CRUZ e BOURGET, 2010).

Em alguns casos específicos que não observamos melhora na evolução do paciente, tanto pelo quadro-clínico base do paciente que não apresentava possibilidade de melhora, como por falta de interesse do paciente ou do cuidador. No entanto, na maioria dos pacientes acompanhados observamos melhora na qualidade de vida e diminuição da sobrecarga do cuidador. Essa situação trouxe grande satisfação e sensação de estar fazendo a diferença na vida de diversas famílias.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Ao analisar meu período de trabalho no PROVAB percebi que minha visão em relação a atenção básica era bastante errônea, não compreendia a magnitude e a diferença de pequenas ações na vida de tantas pessoas. Percebi que os pacientes vão à Unidade de Saúde em busca de diagnóstico e cura para suas doenças, mas muitas vezes o que precisam é de um sorriso e um pouco de atenção, de alguém disposto a ouvir o que eles tem a dizer.

Nesse período pude ter a oportunidade de ser recebida de braços abertos, e com muitas guloseimas, na casa de diversos pacientes e perceber o quanto o simples gesto de disponibilizar tempo e ir até o lar de alguém pode ser importante, pode facilitar a vida de um doente e de quem o cerca.

Descobri como é prazeroso acompanhar as alterações pressóricas e de níveis glicêmicos de um grande número de pacientes após diversas palestras no grupo de hipertensos e diabéticos. Percebi que uma lição aprendida por uma pessoa pode levar a mudança no estilo de vida de diversas outras, pois os ensinamentos vão sendo passados, assim como o desejo de ter uma vida saudável. É muito mais fácil alcançar mudanças em grupo.

No grupo de gestantes aprendi e ensinei tantas coisas sobre esse período ímpar na vida da gestante e de sua família. Aprendi formas de lidar com diversas intercorrências durante as gestações que acompanhei, construí com as gestantes diálogos para estarem preparadas para o período gravídico, puerpério e cuidado com os filhos. Descobri o quanto sou capaz de ter afeto por um bebê que não é da minha família, mas que por acompanhar seu crescimento se tornou bastante importante para mim.

Tive o prazer de me sentir querida e valorizada por tantas pessoas, de levar o conhecimento sobre diversos assuntos, por ter a oportunidade de emprestar meus ouvidos e até meu colo a quem precisava de atenção ou consolo, de ajudar a construir a história daquela comunidade.

Me surpreendi com quantas mudanças esse período provocou em mim, de como me fez amadurecer, me tornar uma profissional melhor e mais humana

e uma pessoa mais completa e feliz. Ainda sinto falta da convivência com aquela comunidade que tanto me marcou e acalentou meu dia-a-dia por 1 ano.

Apesar de a pós-graduação ter iniciado alguns meses após o início do meu trabalho no PROVAB, pude colocar diversos conhecimentos em prática e levar a mudanças na Unidade de Saúde onde eu estava inserida. O material recebido me deu base para repassar informações a equipe que ainda estão sendo utilizadas na comunidade e para dar continuidade no trabalho que iniciamos enquanto eu estava lá.

6 REFERÊNCIAS

- 1) ACS- Agentes Comunitárias de Saúde. **Cadastro populacional**. Ano 2016.
- 2) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério**. Atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Núcleo de Epidemiologia. **Relatório de Avaliação**, 2009.
- 4) CRUZ, MM; BOURGET, MMM. **A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias**. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p605-613, 2010.
- 5) FESCINA, R et al. **Saude sexual y reproductiva: guías para el contínuo de atencion de la mujer y el recién nascido focalizadas em APS**. Montevideo: CLAP/ SMR, 2007
- 6) GIACOMOZZI, CM; LACERDA, MR. **A parática da assistência domiciliarda estratégia de Saúde da Família**. Texto e contexto- Enfermagem, 15(04). Out/ Dez, Florianópolis, 2006.
- 7) MALACHIAS, MVB et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Sociedade Brasileira de Cardiologia Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016
- 8) MENDONÇA, MK. Licença, posso entrar? **As visitas domiciliares nos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família e a Integralidade**. Tese apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- 9) TEIXEIRA, F.V., et al. **Oficinas educativas para um grupo de gestantes acerca do período gravídico**. SANARE, Sobral. v.15 n.01, p.119-125, Jan./Jun. 2016
- 10) VIEIRA, L.F. et al. **A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência**. Revista Epidemiologia e Controle Infectologia.v.2,p.113-114, 2012.

ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Luísa Bordignon Félix de Oliveira

Grupo de gestantes como intervenção Educativa no Município de Arambaré/RS

Arambaré
Novembro/2016

Resumo

Um pré-natal de qualidade, com gestantes bem orientadas e conscientes da importância dessa fase única de suas vidas diminui a prevalência de comorbidades e intercorrências durante a gestação, resultando em desfechos favoráveis peri e pós-natais. A falta de comprometimento das gestantes no acompanhamento pré-natal e diversos erros de conduta danosos tanto para a mãe como para o filho motivaram a abordagem dessa temática. Este estudo é um projeto de intervenção voltado para as gestantes, sua rede de apoio e os profissionais da Estratégia de Saúde da Família. As informações foram compartilhadas através da metodologia de intervenção em grupo um grupo de gestantes, com o objetivo de troca de experiências e criação de vínculo entre as futuras mães e os profissionais da unidade de saúde. Os temas foram abordados através de palestras, rodas de conversas e dinâmicas. Os assuntos tratados foram relacionados à rotina de acompanhamento pré-natal, modificações características da gestação e cuidados principalmente no primeiro ano de vida do bebê.

Palavras-chave: Educação em saúde. Saúde da família. Cuidado pré-natal.

Sumário

1 Introdução	21
2 Problema	23
3 Justificativa	24
4 Objetivos	25
4.1 <i>Objetivo geral</i>	25
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	25
5 Revisão de Literatura	26
5.1 <i>O pré-natal de baixo risco</i>	26
5.2 <i>A importância do grupo de gestantes</i>	27
5.3 <i>A organização do grupo de gestantes</i>	28
6 Metodologia	29
7 Cronograma	31
8 Recursos necessários	32
9 Resultados esperados	33
10 Referências	34

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é uma experiência única e complexa. Não importa quantas gestações prévias uma mulher tenha, cada gestação será ímpar, trará novos acontecimentos e emoções. Além de alterações no corpo, há um desencadeamento de sentimentos e mobilização de todo o sistema social em que a gestante está inserida. Em meio a essa intensa mudança de estrutura familiar é necessário iniciar medidas que visam à proteção e cuidado da futura mãe e de seu bebê, com a intenção de que sejam saudáveis e livre de desfechos negativos como prematuridade de baixo peso ao nascer (FRIGO *et al*, 2012). É um momento de maior vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, propício para o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde a serem realizadas por profissionais de serviços de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2009).

Na grande maioria dos serviços de saúde a atenção pré-natal fica limitada ao atendimento clínico e análise de exames laboratoriais. No entanto, a existência de um grupo de gestantes, fora do ambiente de consultório médico, possibilita a troca de experiências e vivências entre os participantes; estreitamento de laços de amizade; esclarecimentos de dúvidas; oportunidade de aquisição de informações relativas ao pré-natal, parto, puerpério, modificações no corpo e dos cuidados ao recém-nascido; além da possibilidade de a equipe de saúde conhecer mais intimamente as gestantes de sua área e intervir em possíveis situações de risco.

O trabalho em grupos tem a finalidade de complementar o atendimento realizados nas consultas, melhorar os hábitos das gestantes e diminuir as ansiedades e sentimentos que surgem nesse período (FRIGO *et al*, 2012).

A equipe de saúde que atuo como médica é a Unidade de Saúde da Família de Santa Rita do Sul, fica localizada na área rural de Arambaré. Esse pequeno município do Rio Grande do Sul possui 3.923 habitantes (IBGE, 2010) e está localizado a 156km de Porto Alegre. É atendido por duas Unidades as Saúde da família e não possui hospital, tendo seus pacientes que necessitem de

abordagem de maior complexidade encaminhados para o município de Camaquã, localizado a 30km.

A área de abrangência do centro de saúde em que estou alocada é de elevado risco social e econômico, quase toda população está inserida em um ambiente de extrema pobreza e dependência do SUS para suas demandas de saúde. 17 km de acesso sem pavimentação asfaltada separam o distrito de Santa Rita do Sul do centro da cidade de Arambaré. Essa distância somada a falta de recursos e oportunidades fazem com que a população se mantenha com diversas tradições e “crendices” no cuidado à saúde.

Ao iniciar meu trabalho nessa localidade percebi diversas situações preocupantes principalmente nos aspectos culturais das gestantes e no cuidado que as crianças menores de um ano recebiam de seus familiares. As gestantes apresentavam início de pré-natal tardio, consultas irregulares e não realização de exames complementares solicitados. As crianças menores de um ano recebiam alimentação inadequada, não tinham acompanhamento de puericultura regular e muitos possuíam vacinas atrasadas.

A fim de evitar danos possíveis nas diversas situações do binômio mãe-filho, com atraso na detecção de situações de risco e surgimento de complicações há necessidade de esclarecimento e compartilhamento de informações com as gestantes e suas famílias. Nesse sentido, houve a necessidade de implantação de um grupo de gestantes na Estratégia de Saúde da Família de Santa Rita do Sul, que além de conhecimentos, possibilita atenção otimizada e integralidade de atendimento.

2. PROBLEMA

Início tardio de pré-natal, falta de adesão à solicitação de exames e vacinas necessárias, alimentação inadequada no primeiro ano de vida, dentre outras problemáticas observadas por parte da equipe de saúde na área adstrita da Unidade de Saúde de Santa Rita do Sul, Arambaré-RS motivaram a realização deste estudo.

3. JUSTIFICATIVA

A área adstrita à Unidade de Saúde de Santa Rita do Sul, de acordo com informações das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), é responsável pelo atendimento em saúde de cerca de 1185 pessoas (contagem das ACS, 2016). Nessa população há 325 mulheres em idade fértil. A observação clínica diária permite perceber que nesta comunidade há grande prevalência de gestação na adolescência e de mulheres com 3 ou mais filhos. Observa-se, também diversos costumes culturais no cuidado durante a gestação e com os bebês que são passados de geração em geração, cuidados esses que, em geral, não são os mais adequados e muitas vezes são prejudiciais do ponto de vista dos profissionais de saúde.

Por ser uma localidade pequena, o número total de gestantes é pequeno, com uma média de 8 gestantes. No entanto, os costumes danosos à qualidade de vida da população tornam necessária a criação de estratégia de para proporcionar conhecimento às gestantes residentes na área. A estratégia adotada foi grupo de gestantes com objetivo de alcançar uma gestação sem complicações e recém-nascidos saudáveis. Além disso, pretende-se instruir as futuras mães de como proceder no cuidado de seus filhos, especialmente no primeiro ano de vida. Ao mesmo tempo, essa forma de intervenção pretende melhorar o vínculo entre equipe e usuários. É função primordial do profissional de saúde que atua na atenção primária estabelecer estratégias de promoção de saúde e prevenção de complicações para melhora na qualidade de vida da população.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Iniciar atividade coletiva (Grupo de Gestantes) na Estratégia de Saúde da Família de Santa Rita do Sul, com a finalidade de educação em saúde, buscando-se reduzir eventuais desfechos desfavoráveis pré e pós-natais na cidade de Arambaré, RS.

4.2 Objetivos Específicos

- Estimular as gestantes a aderirem ao grupo para adquirirem maior informação.
- Fornecer dados sobre pré-natal, gestação, puerpério, cuidados com o recém-nascido, vacinação e alimentação para a equipe e gestantes.
- Sensibilizar a equipe a importância da assistência à gestante.
- Criar espaço no serviço de saúde para troca de experiências, interação e convívio entre gestantes e profissionais de saúde.
- Contextualizar a gestação, respeitando-se as questões culturais instituídas, porém com enfoque em transmitir conhecimentos do campo da área biomédica.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 O Pré-natal de baixo risco

A saúde da mulher é tema recorrente de discussão e preocupação nos centros de cuidado à saúde. O período gestacional merece especial atenção e tratamento pelos profissionais da saúde, pelos gestores e pelo governo (VIEIRA, 2011).

A gestação é um evento natural da vida que envolve consideráveis ajustes físicos e psicológicos. Em geral é dividida em trimestres e cada uma dessas etapas apresenta adaptações e eventos que favorecem o desenvolvimento do feto (TEIXEIRA *et al*, 2016).

A atenção pré-natal de baixo risco pode ser realizada por médico ou enfermeiro e corresponde ao conjunto de consultas e visitas programadas da mulher gestante, complementadas pelos demais profissionais de saúde da equipe, com o objetivo de acompanhar a gestação e obter adequada preparação para o parto e cuidados com o bebê (FESCINA *et al*, 2007).

Nos últimos anos há alta cobertura de pré-natal no Brasil (BRASIL, 2009), o que leva os serviços a se dedicarem em melhorar qualidade do acompanhamento ofertado às gestantes. O Ministério da Saúde enfatiza essa necessidade com o relato de determinadas condições como: hipertensão arterial/pré-eclâmpsia como uma das principais causas de óbito materno, encaminhamentos inadequados e tardios ao pré-natal de alto risco e mortalidade materna no Brasil ser dez vezes maior do que em países desenvolvidos (BRASIL, 2006).

O início do acompanhamento idealmente deve ocorrer no primeiro trimestre, pois é o momento para a realização oportuna de medidas preventivas e identificação de agravos que envolvem encaminhamentos para outros pontos da atenção. A periodicidade deve ser individualizada, porém aconselha-se que as gestantes em situação de maior risco devem ser acompanhadas mais de perto (FESCINA, 2007).

O número ideal de consultas ainda permanece controverso. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o número adequado seria igual ou superior a seis. As consultas deveriam ocorrer mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente entre 28 e 36 semanas e semanalmente a termo (BRASIL, 2013).

5.2 A importância do grupo de gestantes

A promoção da saúde e prevenção de agravos são focos fundamentais na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com intervenções que extrapolam a atenção curativista e apontam para a reorientação do modo de operar dos serviços de saúde (HORTA, 2009). O pré-natal na atenção primária visa a buscar medidas que aumentem a qualidade de sua rotina, como o estímulo à realização de abordagens coletivas á condições sensíveis na atenção primária como, por exemplo os grupos de gestantes. Esses grupos proporcionam um ambiente de troca de experiências fora do ambiente de consultório, entre gestantes e equipe e aquisição de conhecimentos de si e de seu filho. Oportunizam discutir dúvidas, anseios e temores (NOVICK, 2009; RIOS, VIEIRA, 2007).

A preparação de temas a serem abordados nos grupos deve valorizar os contextos culturais, sociais e econômicos das gestantes (Deakin et al, 2005), tendo como foco principal as a resposta às questões que as gestantes reconhecem como necessárias. As atividades educativas para a gestante e sua rede de apoio devem ser voltadas para o autocuidado, através de metodologias ativas e participação multidisciplinar. Sugere-se evitar que as atividades sejam pautadas em palestras educativas, que tornam o profissional da saúde como centro de toda informação (HORTA, 2009), podendo-se dar a mensagem de desvalorização dos aspectos culturais individuais de cada participante. O ideal é que haja um ambiente de interação comunicacional mediado pelo profissional responsável, onde sujeitos com histórias e conhecimentos diferentes se transformam e auxiliam na transformação do outro. Percebe-se que o grupo, quando construído em parceria com a comunidade traz melhores resultados (ACIOLI, 2008).

Os objetivos gerais do grupo são dialogar e refletir sobre a gestação, oportunizar a expressão individual do período de gravidez e puerpério, aprofundar temas de interesse do grupo e ampliar a rede de apoio na comunidade (DURÃES-PEREIRA et al, 2007).

Além disso, Fernandes (2007) demonstra que a existência de grupos tem a importância de tentar reduzir a necessidade de atendimento ambulatorial, já que geralmente são indivíduos “hiper-utilizadores” dos serviços de saúde. Proporciona a retirada dos mesmos da atenção tradicional oferecendo formas diferenciadas de abordagem.

5.3A organização do grupo de gestantes

A organização do grupo inicia com o planejamento dos temas abordados e dinâmicas utilizadas por parte da equipe, escolha do local e do material de apoio utilizado. (BRASIL, 2009).

A escolha dos temas deve partir do interesse das gestantes e observar a realidade local. O Ministério da Saúde estipula temas como sugestão de abordagem: transformações corporais e emocionais, sexualidade, nutrição e atividades físicas, tabagismo e uso de drogas, etapa do ciclo vital, crescimento e desenvolvimento do conceito, parto e sinais de alerta, amamentação, cuidados com o recém-nascido, papel do pai e da rede de apoio, puerpério, benefícios legais, entre outros (BRASIL, 2006).

Cabe ressaltar que o acompanhamento e aprendizado no grupo não substitui a consulta individual, serve como estratégia auxiliar no cuidado.

6. METODOLOGIA

O estudo tem metodologia intervencionista, onde busca-se abranger todas as gestantes da área adstrita à Unidade de Saúde de Santa Rita do Sul e modificar a qualidade do pré-natal dessas mulheres e melhorar a forma de cuidado dos bebês.

Através de procura direta e das visitas das ACS são identificadas as gestantes da área e realizado o convite.

Na unidade de saúde em que atua a equipe do estudo o pré-natal é realizado pelo médico, que na primeira consulta já identifica a existência de fatores de risco e estimula a gestante a participar dos grupos.

A equipe que participa do grupo é composta pelos seguintes profissionais: um Médico, um Enfermeiro, um Técnico de Enfermagem e dois Agentes Comunitários de Saúde.

São realizados encontros quinzenais com duração de cerca de uma hora e trinta minutos. O local escolhido para a realização, por ser de maior facilidade de acesso para as participantes, foi o saguão da Unidade de Saúde de Santa Rita do Sul. Após cada reunião é oferecido um lanche.

A primeira reunião foi uma dinâmica com verdades e mitos na gestação. A intenção foi a equipe ter as primeiras impressões dos conhecimentos das gestantes.

Os temas abordados nas reuniões seguintes foram:

- Diagnóstico de gestação;
- Explicação da rotina de pré-natal, exames necessários, quantidade de consultas e vacinas.
- Modificações fisiológicas da gestação e maneiras de amenizar os desconfortos decorrentes delas;
- Atividade sexual na gestação;

- Fatores de risco na gestação, maneiras de evita-los e explicação de quando é necessário encaminhar para outro nível de atenção;
- Alimentação e atividade física na gestação;
- Direitos das gestantes;
- Desenvolvimento fetal em cada fase da gestação;
- Tipos de parto e indicações de cesárea;
- Puerpério;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Testes de triagem do recém-nascido;
- Vacinação;
- Aleitamento materno e introdução da alimentação;
- Desenvolvimento neuropsicomotor normal.

Esses temas foram selecionados tendo como lógica uma relativa ordem cronológica das situações que as gestantes enfrentarão. A cada grupo foi realizada dinâmica de integração com as gestantes e decoração da unidade de saúde para estimular a participação. Em algumas reuniões nenhum tema foi discutido, realizamos chás de fraldas para as gestantes aberto à participação da comunidade.

7. CRONOGRAMA

	2015		2016								
AÇÕES	N O V	D E Z	J A N	F E V	M A R	A B R	M A I	J U N	J U L	A G O	S E T
Início do trabalho na Unidade de Saúde.	X										
Programação do Grupo de gestantes e realização do primeiro grupo.		X									
Realização dos encontros.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desenvolvimento do trabalho escrito.											X

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

O material necessário foi disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Arambaré. O computador e *datashow* utilizados estão disponíveis na Unidade de Saúde da Santa Rita do Sul.

Ítem	Nome	Quantidade	Custo (R\$)	Total (R\$)
1	Cartolina	5	0,50	2,50
2	EVA	5	0,70	3,50
3	Caneta	15	1,50	22,50
4	Pacote de balões	2	2,50	5,00
5	Caixa de suco	32	4,00	128,00
6	Pacotes de bolacha	10	5,00	50,00
7	Pacote de bolo	10	6,00	60,00
8	Pacote de torrada	5	5,50	27,50
9	Patê	5	4,00	20,00
10	Fralda	1	30,00	30,00
11	Item de porcelana	10	5,00	50,00
Total				399,00

9. RESULTADOS ESPERADOS

Ao final desta intervenção observou-se que as gestantes entenderam a importância de cada tema discutido e participaram ativamente de cada decisão de seus pré-natais. Houve melhor qualidade no pré-natal, com início precoce no acompanhamento, diminuição das intercorrências, dos fatores de risco, realização dos exames e vacinas no momento certo e uso da terapêutica necessária.

Houve maior interação entre equipe de saúde e usuários, com fortalecimento no vínculo médico-paciente e confiança dos pacientes na equipe.

Muitos resultados podem ter consequências futuras ainda imensuráveis do ponto de vista quantitativo, mas que potencialmente ocorrerão e serão observados com o acompanhamento dessas famílias. Espera-se também que o conhecimento adquirido pela mãe durante a gestação possa refletir nos cuidados que o bebê irá receber, com crianças mais saudáveis e livres de complicações evitáveis

10. REFERÊNCIAS

- 1) ACIOLI, S.A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v.61,n.1,p.117-21, jan/fev 2008.
- 2) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde.Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Núcleo de Epidemiologia. **Relatório de Avaliação**, 2009.
- 4) BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à Saúde da Gestante em APS**. 2011
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.Cadernos de Atenção Básica: **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- 6) DEAKIN, T.A. et al. Entrenamiento grupal de estrategias de autocuidado en personas com diabetes mellitus tipo 2. **Biblioteca Cochrane Plus**, Oxford, n.3, 2005.
- 7) FESCINA, R et al. Saude sexual y reproductiva: guías para el continuo de atencion de la mujer y el recién nascido focalizadas em APS. Montevideo: CLAP/ SMR, 2007
- 8) HORTA, N.C. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família.**Revista de APS**; v:12,n.3, p-293-301, jul/set.2009
- 9) IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> . Acesso em: 9 de agosto de 2016.
- 10)NOVICK, G. et al. Womens experience of group prenatal care: an integrative review. **Journal of Midwifery & Womens Heath**, New York, v.54, n.3, p.226-37. May/june 2009.
- 11)RIOS, F.C.T.; VIEIRA, C.F.N. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência& Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.477-86,2007.
- 12)TEIXEIRA, F.V., *et al.* Oficinas educativas para um grupo de gestantes acerca do período gravídico. **SANARE**, Sobral. v.15 n.01, p.119-125, Jan./Jun. 2016

- 1) VIEIRA, L.F. *et al.* A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência. **Revista Epidemiologia e Controle Infectologia**.v.2,p.113-114, 2012.
- 2) VIEIRA, S.M., *et al.* Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Revista de Enfermagem de Florianópolis**, 2011.

