



**CELESTE RAQUEL MENDEZ OICHENAZ KOPPE**

**ABORDAGEM FAMILIAR NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL**

**ALVORADA – RS  
2017**



**CELESTE RAQUEL MENDEZ OICHENAZ KOPPE**

**ABORDAGEM FAMILIAR NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Manoela Jorge Coelho Alves

**ALVORADA – RS  
2017**

## RESUMO

A atenção básica à saúde busca o cuidado de todo indivíduo que precise de atendimento, não obstante, são as populações de menor renda que acessam o serviço com maior assiduidade em todas as fases do ciclo da vida. Na UBS Stella Maris, a maior necessidade recaí no cuidado as gestantes, idosos e crianças. Tendo em vista que a notícia da gravidez pode ser experimentada de diversas maneiras na mulher que o vivencia, não é incomum que dela resulte um período de conflito intrapsíquico que pode levar a um maior nível de desorganização emocional ou adoecimento físico que comprometa a saúde do binômio mãe-bebê conforme o direcionamento saudável ou patológico do seu pré-natal. Este trabalho teve como seu objetivo buscar outros instrumentos que visem otimizar o cuidado de gestantes nas consultas de pré-natal que não se limitem apenas na sumária avaliação clínica obstétrica tendo em vista a variada vulnerabilidade que muitas dessas mulheres enfrenta e que ao mesmo tempo são específicas e individuais. Os instrumentos utilizados foram a construção do genograma com abordagem centrada na pessoa e familiar. Assim, o médico de família, tem a oportunidade primária e ímpar de observar, avaliar e intervir em amplas situações de risco: clínica, saúde mental, os recursos, as limitações, rede social, situação econômica, legal, educacional, vínculos familiares, etc., podendo prevenir e promover a saúde como um todo antes da vinda do bebê, bem como auxiliar a gestante e familiares no melhor manejo dessa nova etapa do ciclo familiar.

**Descritores: Atenção Primária à Saúde, Gravidez, Cuidado Pré-natal, Promoção da Saúde, Terapia familiar.**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO</b>	<b>9</b>
<b>3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO DE DOENÇAS</b>	<b>18</b>
<b>4. VISITA DOMICILIAR</b>	<b>20</b>
<b>5. REFLEXÃO CONCLUSIVA</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>25</b>
<b>ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>26</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Celeste Raquel Mendez Oichenaz Koppe, tenho 40 anos, nasci na cidade de Ijuí, Rio Grande do Sul. Em 2003, obtive a graduação em medicina pela Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Retornei ao Brasil e revalidei o diploma por aprovação da prova de revalidação da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul conforme a lei em 2008. Fiz a residência em Medicina de Família e Comunidade no Hospital Conceição do Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre – Rio Grande do Sul, concluído em 2010.

Realizei formação psicoterapêutica em Teoria Sistêmica para Terapia de Família, Casal e Individual no Instituto da Família em Porto Alegre concluído em 2014. Desde 2010 já trabalhei, por concurso público, em várias UBS, serviços de Urgência e emergência, bem como de ESF de municípios como Gravataí, Cachoeirinha e Porto Alegre. Em março de 2016 aderi ao Programa Mais Médicos Para o Brasil, e desde então, atuo na cidade de Alvorada, Rio Grande do Sul. O município de Alvorada situa-se a 21 km de Porto Alegre, tendo como municípios limítrofes: Cachoeirinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão.

Alvorada foi fundada em 17 de setembro de 1965. Conforme o senso do IBGE/2015, possui uma população de 211.233 habitantes, densidade de 2 763,95 hab./km<sup>2</sup>. A economia é baseada principalmente no comércio e no setor de serviços. A maioria da população trabalha no município de Porto Alegre, fazendo com que a cidade seja conhecida também como cidade-dormitório.

Em relação a estrutura de saúde, o município possui em atividades 17 UBS, CAPS I, CAPS II, CAPS AD, Cais mental, Canil Municipal, Centro de Vigilância Epidemiológica e uma Farmácia Municipal. Existe um Hospital de porte médio que atende Urgências e Emergências Clínicas, Pediátricas e Obstétricas, sendo os demais casos referenciados aos hospitais em Porto Alegre.

Estou lotada na UBS Stella Maris, localizada na Rua Nossa Senhora da Conceição, 688. A unidade de saúde leva o nome do bairro e conforme o mapa (colocar mapa) pode verificar-se que é uma região que faz divisa com a cidade de Viamão. Este detalhe torna-se importante pois diariamente pacientes dessa outra localidade buscam consultas em nossa UBS e sobrecarregando o trabalho da equipe já que existe forte resistência de aceitarem o princípio da adscrição de usuários e ficamos sujeitos a obrigação de cumprir o princípio da universalidade do

SUS. Mesmo com o nome de UBS, desde 2013, segundo as informações fornecidas pela equipe, os atendimentos têm se voltado à ESF (Estratégia Saúde da Família). O trabalho está sendo desenvolvido lentamente e dos 15 meses que estou atuando aqui, somente nos últimos 2 meses ocorreu a divisão de cada equipe para áreas delimitadas de cuidados a partir da chegada de outro médico de 40 horas, o que até então não havia.

Até o momento, não se sabe realmente o número de pessoas adscritas que são atendidas nesta UBS. Um fator que influencia na dificuldade de mensurar a área de abrangência é a falta de agentes de saúde para o cadastro das famílias, bem como a alta transitoriedade de usuários em várias áreas. Considerando isso, acredita-se que atualmente a UBS Stella Maris esteja para aproximadamente 11 mil pessoas, o que é um dado estimado pois os dados e informações do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) não é repassado pelo município as unidades.

No território adscrito à UBS, estima-se em torno de 8 micro áreas, sendo a maioria, consideradas áreas de risco devido ao baixo nível socioeconômico e educacional das famílias, a precariedade de saneamento básico e presença de esgoto a céu aberto em algumas áreas. Entre essa realidade, o bairro possui ruas centrais pavimentadas onde circulam o transporte público de dois ônibus e coleta de lixo regular.

No referente aos serviços de saúde e educação, o bairro possui uma escola municipal, uma escola estadual, creches particulares, varias igrejas evangélicas e duas igrejas católicas, uma quadra de esportes, dois centros privados de recuperação para usuários de drogas e uma associação de moradores. De todos estes, apenas o local da associação de moradores serve como de apoio para a equipe realizar grupos.

A maior parte das pessoas da comunidade são aposentados, pensionistas, dependentes de bolsa família, trabalhadores em serviços gerais e obras em porto alegre e cidades vizinhas, muitos desempregados, desocupados, usuários de drogas e outros. O comércio local conta com 3 supermercados médio porte, uma loja veterinária, loja de material de construção, oficinas mecânicas, lavagem de carros, lancherias, vários brechós, uma academia e salões de beleza.

Apesar de não conseguir os dados de retorno do município quanto ao diagnóstico de demanda da UBS, tenho verificado que as doenças mais prevalentes nos atendimentos são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo 2

(DM), transtornos mentais, asma, infecções das vias aéreas, infecções de pele, micoses superficiais, dor lombar e cervical. Em relação aos acompanhamentos é grande a demanda de pré-natal de gestantes adolescentes e de gravidez não desejada, puericultura, atendimentos aos idosos que raramente vem acompanhados de algum familiar, pacientes acamados e idosos domiciliados.

Inicialmente dividida entre tantas necessidades, escolhi como foco de intervenção o cuidado das gestantes visto o grande número de consultas demandadas bem como por se tratar do binômio mãe-bebê e a repercussão que este momento da vida pode marcar a história pessoal e familiar de quem a vivencia. O atendimento pré-natal na comunidade da UBS Stella Maris é realizado somente por 2 médicos, com exceção da primeira consulta realizada pelas enfermeiras, todas as demais consultas e intercorrências ficam centradas no médico. O que resulta em atendimentos sumários e empobrecidos pelo pouco tempo disponível para o que se propõe a estratégia saúde da família.

Tendo em vista também os diversos problemas à saúde que podem surgir durante a gravidez como hipertensão, diabetes mellitus, anemia materna, desproporção céfalo-pélvica, abortos repetidos, parto prematuro, maiores complicações no parto (hemorragias, lesões no canal do parto) e no puerpério (infecções, dificuldade para amamentar) e ainda, problemas à saúde do bebê como no caso de recém nascido de baixo peso, sepse neonatal, aumento de natimortos, morte prematura, entre outros, e ainda riscos à ambos como nos casos de infecções perinatais e por doenças sexualmente transmissíveis,.. etc.

Porém, minha motivação maior ao escolher abordar sobre a saúde da gestante recaiu sobre a percepção durante as consultas de pré-natal do aumento de problemas de saúde mental relacionadas as mudanças que este período pode acarretar para a mulher que o vivencia, bem como para seu entorno familiar.

Infelizmente, no nosso país, a gravidez predomina nas populações de maior vulnerabilidade em decorrência da pobreza financeira, falta de apoio familiar, com predomínio do sentimento de insegurança, aumento da violência, envolvimento precoce com drogas, maior exploração sexual, maior interrupção e abandono escolar que resulta na manutenção do problema social pela posterior dificuldade de inserção no mercado de trabalho (BRASIL, 2010).

Nos estudos da psicologia da gravidez, MALDONADO (1981) considerou a gestação como um “momento de crise individual temporária” que poderá gerar um

nível maior de desorganização emocional ou incluso adoecimento se a gestante não conseguir solucionar seus conflitos com êxito. Segundo CARTER & MCGOLDRICK (1995), quando da confirmação de uma gestação, o apoio do parceiro, da família e seu entorno são fundamentais no direcionamento saudável ou patológico dessa gestante.

Desse modo, o Médico de Família e Comunidade, ao realizar o pré-natal, tem a oportunidade primária de estar atento ao cuidado clínico da gestante e do feto bem como de avaliar a saúde mental da grávida, seus recursos, limitações e vínculos familiares que possam auxiliar no seu cuidado e direcionamento saudável. Desse modo é possível investigar situações de maior risco e vulnerabilidade nesse grupo de cuidado a fim de promover prevenção e promoção à saúde durante o desenvolvimento e antes da vinda do bebê, bem como auxiliar os pais e os familiares ao melhor manejo dessa etapa do ciclo vital de modo mais saudável.



## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

No dia 06/03/2017 durante o acolhimento do turno da manhã realizei o atendimento descrito abaixo:

### SUBJETIVO

Paciente L. M. T. sexo feminino consulta por dor de garganta e febre que iniciou a 2 dias, com piora progressiva do quadro inicial, seguida de diminuição do apetite. A febre chegou a medir 39,5°C. Medicou-se com paracetamol 500mg 8/8 horas. Acredita que está piorando por persistência da febre e sensação de odor fétido na garganta. Hoje pela manhã também sentiu forte irritação vaginal com secreção leitosa “meio qualhada” e prurido intenso inexplicável. Exame citopatológico não realizado desde 2012. A paciente fala que está passando por muitos problemas familiares que a deixam muito nervosa e que precisa também de remédio para dormir.

### OBJETIVO

Ao exame físico: Bom estado geral, corada, hidratada, lúcida, febril 38° C, emagrecida e com aparência cansada, sinais vitais estáveis com PA: 140/70 mmHg, FR: 20 e FC: 92 bpm, IMC= 26.

- Oroscofia: hiperemia da faringe e retrofaringe, hiperemia e hipertrofia das amígdalas, sendo pior à direita e com exudato purulento aderido e fétido.
- Pescoço: palpo adenite cervical dolorosa à direita.
- Nasoscopia: sem alterações.
- Seios da Face: sem dor à compressão
- Aparelho Cardiovascular: ritmo sinusal acelerado, dois tons, sem sopros.
- Aparelho Respiratório: murmúlo vesicular presente, sem ruídos agregados.
- Abdome: plano, depressível, sem visceromegalias, punho percussão lombar negativo.
- Exame Genital: vulva e vagina hiperemiada com sinais flogísticos. Especuloscopia: secreção esbranquiçada grumosa, aderida a parede, em coelhos de moderada quantidade. Ao toque: hipersensibilidade no introito,

sem dor a lateralização do colo uterino, secreção abundante das mesmas características descritas na luva.

- Demais: sem alterações.

#### ACHADOS - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

- Faringoamigdalite bacteriana (Esteptocóccicca provável) <sup>1</sup>;
- Candidíase Vaginal <sup>2</sup> provável pelas informações clínicas pois não dispomos de microscópio para análise direta na UBS;
- CP atrasado;
- PA acima do alvo;
- Insônia a esclarecer;
- Problemas familiares

#### PLANO TERAPÊUTICO

- Prescrevo tratamento com Penicilina 1.200.000 UI injetável IM, dose única.<sup>1</sup>
- Miconazol creme vaginal 2% para uso intravaginal 2 x ao dia durante 7 dias.<sup>2</sup> Ainda oriento uso de roupas íntimas de algodão, não usar roupa muito apertada, ofereço tratar o parceiro se ele estiver sintomático e realizar testes rápidos sorológicos disponíveis na UBS.<sup>2</sup>
- Agendar e realizar exame Citopatológico com Enfermeira.
- Controle da Pressão Arterial (PA) 2 x ao dia 3 dias em horários diferentes.<sup>3</sup>
- Retornar no acolhimento se não melhora ou em consulta agendada para avaliar PA, risco cardiovascular, quadro de insônia a esclarecer bem como para os demais cuidados da saúde da mulher.

## EVOLUÇÃO DO CASO

EM CONSULTA AGENDADA NA TARDE DE 16/03/2017

### SUBJETIVO

A paciente relata melhora do quadro clínico da amigdalite e da candidíase.

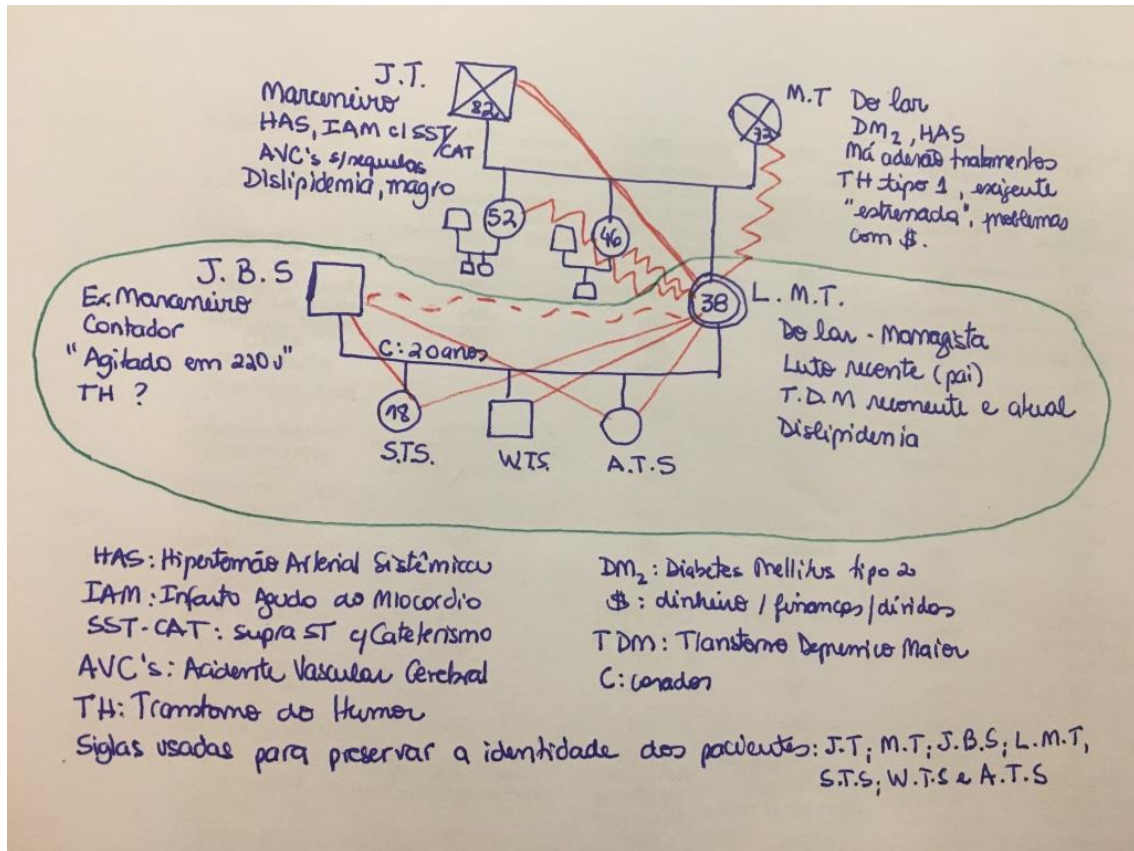
Ainda não conseguiu tempo para fazer o CP como orientado. Refere que está muito difícil de se cuidar pois tem que cuidar de toda a casa e dos filhos (18, 16 e 12 anos). Queixa-se de cansaço, ganho de peso, insônia, irritabilidade com pequenas situações e que após gritar com os filhos se arrepende e não sabe o que fazer, percebe-se inquieta e sua mente está frequentemente preocupada com muitas coisas e seus pensamentos na maior parte são negativos, está comendo mais do que gostaria principalmente à noite e não tem desejo sexual nenhum há uns 3 meses.

Não compreende porque apesar de realizar as atividades do dia a dia, na realidade as faz sem nenhuma vontade ou prazer como antes, quase todos os dias sente tristeza mas tenta esconder de seus filhos. Além disso, sente muita falta do seu pai J.T. (82 anos) que faleceu há 4 meses de e do qual ela era muito apegada. Sua mãe M.T. (72) anos faleceu há 2 anos, mas não sente tanto pois sua relação com ela era ruim e bastante conflitada já que as suas outras duas irmãs eram preferidas da mãe e não ela (paciente).

### OBJETIVO

Resultou na montagem deste genograma:<sup>4,7</sup>

## GENOGRAMA



## PLANO TERAPÊUTICO

Converso com a paciente e em conjunto combinamos seu retorno em alguns dias visto que se sentiu melhor ao ter um espaço onde compartilhar sobre suas angústias.

- Retorno em consulta agendada para seguimento quanto a avaliação do RCV tendo em vista sua história familiar anotado no genograma.
- Solicito exames de avaliação de sua saúde: Hemograma, creatinina, glicemia de jejum, TSH, perfil lipídico considerando sua história familiar.
- Reforço a importância de realizar os exames preventivos da saúde da mulher.
- Retornar no acolhimento se necessário.

No dia 27/03/2017, a paciente retorna em consulta agendada como combinado e relata que gostou de poder conversar e inicialmente achou que ia melhorar.

## SUBJETIVO

Relata que chora quase todos os dias e não tem vontade de tomar banho muito menos de se arrumar como antes. Sente um grande vazio e por vezes tem vontade de ir com seu falecido pai que era o único que lhe dava atenção. Além disso sente muita culpa por não ter evitado a queda do seu pai. Culpa-se por não ter cuidado melhor dele. A relação com suas irmãs é ruim e distante já que elas moram em outra cidade e trabalham fora de casa. Quando seus filhos vão à escola só tem vontade de ficar quieta no quarto escuro mesmo sem dormir, apesar de tentar disfarçar, a filha maior notou que ela está diferente. Negou ideia ou plano suicida. Seu marido é contador e trabalha muito, não tem tempo para a família e acredita que ela não tem motivo para estar triste já que nada lhe falta.

Contou que sente falta do pai que conversava com ela regularmente. Seu pai faleceu de AVC por queda da própria altura no banheiro, tratava irregularmente da HAS, dislipidemia por ser teimoso com sua saúde e já havia tido outros 2 AVC's sem sequelas. Ele morava próximo e não aceitava a ideia ter que depender dos outros, então a paciente o visitava todas as tardes.

No passado, ela já teve um quadro depressivo parecido mas diz que não contou antes por vergonha. Um médico lhe prescreveu Fluoxetina 20 mg e ela piorou da irritabilidade, insônia e ainda lhe deu muita azia. A paciente fez curso de massagista, mas seu marido nunca lhe permitiu trabalhar dizendo que ela não precisava já que o sustento dele é suficiente e que cuidar da casa e dos filhos era mais importante, ao que ela havia inicialmente concordado. Depois que a mãe faleceu cuidou do seu pai e agora não sente ser importante para mais nada pois "os filhos já sabem se virar", diz.

Os exames solicitados ainda não foram realizados por demora na liberação dos mesmos pela secretaria da saúde.

## OBJETIVO

Exame Físico: PA 130/70 mmHg, IMC subiu para 26,8 sem outros achados no exame. O controle da PA durante 5 dias mostrou média de 130/70 mmHg. Exame do Estado Mental: normotenaz, hipervigil, sem alterações da sensopercepção, aparência descuidada, diminuição da volia, afeto entristecido, humor irritável, pensamento com fio associativo, lógico de conteúdo negativo e introspectivo, normolalia, inteligência na media para sua escolaridade, conduta adequada.

## ACHADOS - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

- Episódio Depressivo moderado sem sintomas psicóticos e sem ideia suicida.<sup>5</sup>
- Luto em elaboração
- Aumento de Peso
- Risco de desenvolver HAS- DCV a ser avaliado – História familiar de DCV.<sup>3</sup>

## PLANO TERAPÊUTICO

- Início sertralina 50 mg ao dia,<sup>6</sup> iniciando com meio comprimido ao dia na primeira semana e após 1cp ao dia. Incentivo se possível que a paciente busque realizar alguma atividade para si mesma que lhe dê prazer até a próxima consulta e ou ainda contatar com alguma amiga próxima que goste para conversar.
- Incentivo a paciente a reconsiderar sobre exercer sua profissão se ela o desejar. Oriento que os sintomas devem regredir com o passar das semanas e que a medicação pode demorar de 4 a 6 semanas para seu melhor efeito.
- Retorno em 30 dias. Trazer resultados dos exames previamente solicitados, se possível. Retornar antes no acolhimento se piora do quadro.
- Convido por escrito para o marido vir na próxima consulta.<sup>4,6,7</sup>

Em 27/04/17, retorna em consulta agendada.

## SUBJETIVO

Paciente retorna com exames. Refere melhora do quadro de tristeza e irritabilidade, incluso está conseguindo dormir em média 6hs e não acorda cansada. Ficou surpresa hoje que sua PA estava 120/70mmHg e nesta semana voltou a fazer caminhadas depois de muitos anos “parada”. O marido disse que não podia vir pois tinha muito trabalho com clientes e as declarações do imposto de renda mas que outro dia viria.

## OBJETIVO

Vejo os exames coletados dia 18/04/17 e anoto: Hb. 13,3 g/dL; Hto. 41,4%; HCM 29,3 pg; VCM 91,2 fL; CHCM 32,1 g/dl; RDW 13,1 %; Plaquetas normais 276.000/ mm<sup>3</sup>; Creatinina: 0,68; TSH: 2,48; Colesterol Total: 268; HDL: 48; LDL: 148; TG: 360; Glicemia de jejum: 89.

## ANÁLISE: - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

- Dislipidemia - Hipertrigliceridemia (familiar provável)<sup>3,8</sup>
- Episódio Depressivo moderado em remissão parcial <sup>5,7</sup>
- Risco Cardiovascular Baixo (ERF e ACC/AHA), porém considerando que ERG < 5% com história familiar de DAC se reclassifica em RISCO INTERMEDIÁRIO, assim o risco por tempo de vida (RTV) seria > de 20,2% e apresenta um alto risco de eventos cardiovasculares futuros.<sup>1,3,7.</sup>

Pelo recurso [http://www.zunis.org/FHS\\_CVD\\_Risk\\_Calc\\_2008.htm](http://www.zunis.org/FHS_CVD_Risk_Calc_2008.htm) temos o seguinte resultado:

General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care: 8491 Patients In The Framingham Heart Study				
Risk Factors	Select Pre-Treatment Values Here	Risk Points	Select Post-Treatment Values Here*	Risk Points
Gender	Female		Female	
Age (yrs)	38	2	38	2
Total Cholesterol in mg%	260	4	200	3
HDL Cholesterol in mg%	48	0	50	-1
Systolic BP (if patient receiving BP meds)	Select		Select	
Systolic BP (if patient not receiving BP meds)	130	1	Select	
Is Patient Currently Smoking?	No	0	Select	
Diabetes	No	0	Select	
<b>Point Total</b>	<b>7</b>			Benefits of treatment in this calculator are speculative,
<b>10-year risk of developing coronary heart disease, stroke, peripheral artery disease or heart failure in %</b>	<b>3.9</b>	<b>Low Risk</b>		
<b>Patient's Cardiovascular Age in Years. (Age of a pt with no CVD risk factors who has this many points.)</b>	<b>48</b>			and assume full reversibility of the effects of risk factors. - JC

D'Agostino RB; Vasan RS; Pencina MJ; Wolf PA; Cobain M; Massaro JM; Kannel WB. General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care. The Framingham Heart Study. *Circulation*. 2008;117:743-753.

**Data Source:** The Framingham Heart Study (FHS). Period: 1967 onward. Risk categories: 0-6% Low, 6-20% Med, greater than 20% High.

**Comment:** This study is the product of the Framingham Heart Study, which has been ongoing since 1948. The data that was used in the current calculator design was gathered from 3 cohorts (1967-1971, 1971-1975 and 1984-1987). This included 4522 women and 3969 men, none of whom had evidence of cardiovascular disease at the time of entry into the study. The average age of these subjects was 49 years (range 31 to 74 years) and the patients were followed for 12 years. This gives a total group experience of about 100,000 patient-years of observation. Systolic blood pressure was measured twice at each visit. Cigarette smoking was determined by pt. report. Diabetes = fasting glucose exceeding 126 or 140 mg%. BMI, triglycerides, LDL, and diastolic BP did not improve the model.

\*Web calculator design and HTML transfer by Dr. John Coyle, 2008. Post-treatment benefits are speculative, not proposed by FHS.

## PLANO TERAPÊUTICO

Após conversar com a paciente acerca de sua saúde e riscos, oriento dieta DASH<sup>3,8</sup> para redução dos níveis lipídicos, pressóricos, incentivo manter exercício físico 3 a 5 x na semana. Realizar o controle do peso e PA semanal na UBS. Manter Sertralina 50mg dia, forneço receita para 2 meses. Retorno em 45 a 60 dias para reavaliação e seguimento.

Para este caso as condutas foram baseadas nas seguintes referências:

- DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primaria baseadas em evidencias*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.



- BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- KAPLAN & SADOCK, B.J., SADOCK,V.A., RUIZ,P. Compêndio de Psiquiatria. Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Ed.11, pp.347- 385. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- CORDIOLI, A.V. e colaboradores. PSICOFÁRMACOS Consulta Rápida. Ed.4, pp.399-426, 485-491. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
- DIRETRIZ BRASILEIRA DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013. Disponível em [www.cardiol.br](http://www.cardiol.br).

### **3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

Trabalhando na UBS Stella Maris e considerando a demanda alta de consultas de pré-natal em mulheres que vivenciam esta experiência de diferentes formas motivei-me em aprofundar os conhecimentos nesta prática. A gravidez, o parto e puerpério constituem-se em um período de mudanças e adaptações, bem como maior vulnerabilidade da saúde física e mental da gestante, sendo assim ideal para o desenvolvimento e envolvimento dos profissionais da atenção básica em ações de promoção a saúde e prevenção de doenças.

Segundo o Caderno de Atenção Básica ao Pré-Natal de Baixo Risco (CAB, nº 32, 2012) no atendimento do pré-natal, “o profissional deve permitir que a gestante expresse suas preocupações e suas angústias”, bem como “buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher, o parceiro e sua família”, avaliando situações de risco para cada situação. Isto completa o objetivo da assistência pré-natal quanto ao cuidado integral do binômio mãe-bebê.

Nas minhas consultas de pré-natal na UBS Stella Maris tiveram um formato um pouco diferente dos colegas anteriores. Percebi que devido a grande demanda o enfoque prévio estava direcionado na avaliação sumária da idade gestacional, da altura uterina, dos batimentos cardíacos fetais e avaliação dos exames laboratoriais do primeiro e terceiro trimestres bem como só era oferecido apenas duas ecografias de avaliação obstétricas. Chamou-me a atenção na revisão de prontuários das gestantes que, na grande maioria das consultas, não havia relato de queixas descritas nos prontuários, tampouco menção quanto a fatores de risco de saúde prévios, ausência de observações quanto ao (s) significado (s) da gravidez para a gestante, ou ainda quanto a presença ou não de uma rede familiar de apoio.

Tampouco havia incentivo a participação do parceiro nas consultas. A partir desta ciência, levei estas questões em reunião de equipe e apesar de algumas resistências, passei a atender as consultas de pré-natal de 12 para 8 consultas por turno. Isto me proporcionou identificar as situações de risco tanto na saúde física como mental da mãe e avaliar com mais cuidado a saúde fetal, questionando a história pregressa, as condições de vida e sociais que fazem parte da realidade de cada gestante como exemplo: grau de escolaridade, se trabalha ela e ou o parceiro, se está aceitando sua condição ou se surgiram ideias contrárias, se abortos prévios, sintomas depressivos, medos, angústias, relação com seus pais, o parceiro e a

família, atividades de lazer, problemas legais (parceiro traficante, drogado, preso são comuns) ou doenças graves na família, risco de perdas futuras (trabalho, forma física),..entre outros.

O propósito da mudança foi de realizar acompanhamentos de pré-natal que permitissem contemplar não apenas as necessidades obstétricas da gestante, mas também que possibilitassem conhecer as expectativas da paciente assistida. Este método chama-se Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) (GUSSO; LOPES, 2012) levando-me aos quatro passos propostos pelo autor que me ajudou a 1) explorar a saúde da gestante atual, gestações anteriores e intercorrências, anamnese, exame físico, laboratorial, orientações, imunização, dieta, peso e atividade física, bem como busca identificar os sentimentos, as ideias e expectativas quanto a maternidade; 2) buscar conhecer e entender a gestante com uma pessoa inteira, em todos seus contextos de vida pessoal, físico, emocional, familiar, empregatício, escolar, cultural, comunitário e social.

Estes podem ser rapidamente abordados e otimizados nas consultas da APS por meio da identificação do ciclo de vida familiar em que a gestante se encontra, bem como da construção conjunta de um genograma familiar que nos ajuda a olhar individualmente sua história e ao mesmo tempo cria um vínculo de confiança entre o médico e a paciente ou ainda com o casal. A partir disto, ficou mais humanizado o atendimento e permitiu 3) uma relação que promoveu o cuidado conjunto com a paciente quanto aos cuidados do pré-natal e de tratamento resultando em maior adesão da paciente na promoção de sua saúde (por exemplo: cuidado com a alimentação, outras aceitaram uso de camisinhas, das vitaminas, o controle do ganho de peso, e naquelas devidamente avaliadas, a adesão ao tratamento para depressão). Finalmente, 4) intensificando a relação profissional-pessoa, a medida que seguiam as demais consultas ficou mais claro quais necessidades abordar e acompanhar individualmente em cada situação e assim prover os devidos suportes e ou encaminhamentos, bem como levar as situações de maior risco em reunião de equipe para ajuda no cuidado por meio das visitas domiciliares pela equipe de enfermagem em alguns casos e em outros para busca ativa em visitas pelo agente comunitário de saúde.

Outra mudança que gostaria de ressaltar foi o incentivo da presença do parceiro ou outro acompanhante da escolha da gestante (preconizado pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005) e cujos benefícios tem várias evidências científicas

como proporcionar maior segurança e confiança a mulher durante seu pré-natal, parto e puerpério, diminuição dos casos de depressão pós-parto, e posteriormente, melhor adesão ao aleitamento materno exclusivo bem como do cuidado ao bebê (CAB nº 32, 2012).

#### **4. VISITA DOMICILIAR**

Na UBS as visitas domiciliares são previamente agendadas em reunião de equipe conforme as necessidades previamente observadas pelas agentes comunitárias em conjunto com a enfermeira coordenadora. Na maioria das situações, em vista de haver somente um médico que realiza as visitas domiciliares, busca-se ter ciência de quais pacientes serão incluídos nas visitas que ocorrem quinzenalmente por orientação da secretaria da saúde em vistas da precaridade no transporte. Descrevo então um exemplo de atendimento realizado no domicílio que apresenta aspectos infelizmente não incomuns em nossa comunidade local.

Ressalto que todos os *nomes utilizados neste relato são fictícios* e usados apenas para auxiliar na descrição do caso.

No dia 24/04/2016 as 9 horas da manhã, saímos para visita domiciliar (VD) a médica (eu), uma técnica de enfermagem e a agente comunitária de saúde (ACS). Ao entrar no portão de madeira e percorrer uma distância de 500 metros de barro e várias árvores, fomos recebidos por Jéssica\* (22 anos), neta da paciente.

#### **DONA MARGARIDA\*, 88 ANOS**

- HAS
- Obesidade
- Limitada ao leito devido osteoartrose da coluna vertebral
- Cardiopatia Isquêmica prévia
- Insuficiência Cardíaca Congestiva
- Diverticulite e Doença Diverticular que resultou em Colostomia
- Uso de bolsa de colostomia em região da fossa ilíaca à esquerda.

Durante a visita, inicialmente conversei com Dona Margarida e posteriormente dediquei um tempo para conversar com cuidador. A paciente estava deitada na cama e contou que havia recém tomado banho com ajuda de um dos filhos que não se encontrava mais no local. Comentou que tem 3 filhos mas todos tem seu trabalho e ocupação. Queixou-se de dores nas costas, na região lombar e dor no MIE há mais de uma semana.

Chamou-me a atenção que a neta Jéssica dissera que apenas ajudava cuidar da avó, porém que ela não era a cuidadora responsável pois padece de um tipo de deficiência mental e visual. Não obstante, a neta era a única no local com a idosa acamada e percebi que ela tentava manter o local precário um pouco limpo e organizado, preparava os alimentos para Dona Margarida e conhecia o manejo de limpeza e uso da colostomia.

Ao exame físico: Bom estado geral, pouco corada, hidratada, afebril, eupnéica, PA= 130/80mmHg, lúcida, orientada autopsiquicamente, leve desorientação em tempo. Importante limitação locomotora autônoma, precisando de ajuda incluso para trocar de decúbitos. Avaliação cardiovascular e pulmonar sem alterações no momento exceto sinais crônicos de insuficiência cardíaca não agudizados. Abdome depressível com ostomia em bom estado e limpa. Dor lombar referida com irradiação ao MIE.

#### QUADRO ATUAL

- Ciatolombalgia com irradiação à esquerda.
- Cama e colchão idadequados para a recuperação e mobilidade da paciente
- Ausência de cuidador responsável

## CONDUTA

- Verifico com a paciente sobre o uso de suas medicações e administração. Prescrevo analgesia para dor na coluna, saliento a necessidade da presença do responsável familiar apto para cuidado da paciente, sem o qual há prejuízo do seu tratamento e acompanhamento pela equipe.
- Combino com a neta presente que ACS irá retornar para orientações ao responsável e ofereço que o mesmo vá a unidade de saúde para lhe auxiliar nos cuidados e dúvidas sobre a saúde de Dona Margarida.

Após estas orientações, sento individualmente com Jéssica que, apesar de não ser oficialmente a cuidadora, é a cuidadora que testemunhamos e do qual em outras visitas a ACS confirmou apenas a presença dela.

## CUIDANDO DO CUIDADOR

Nas visitas domiciliares, penso que é de suma importância demonstrar atenção e permitir um momento de ouvir como está a pessoa na casa que cuida do paciente acamado ou domiciliado. O cuidador é aquele que está diariamente sob pressão de atender as demandas e necessidades de um paciente. Além disso, o que torna essa função mais pesada é o vínculo familiar, pois envolve questões afetivas e as lembranças que delas se tem. De modo que muitas vezes, e quanto mais grave a situação e limitação do paciente acamado, maior o tempo de qualidade que busco de ouvir e animar o cuidador. Pergunto como ele (a) está e investigo sinais ou sintomas de depressão além de oferecer uma consulta na UBS para suas necessidades.

Quis relatar esta visita pois a situação de idosos limitados ao domicílio e sem um familiar saudável o suficiente para cuidar deles é um problema em nosso bairro. Muitas vezes temos de chamar a família, outras situações mais complicadas tivemos que acionar o conselho do idoso e ainda o ministério público. A visita domiciliar é de grande importância para cuidar melhor daquele que não consegue ir a unidade de saúde e, na minha opinião, ilumina o entendimento das reais circunstâncias que estão sendo vivenciadas, de como o cuidado das necessidades básicas (higiene, alimentação, ventilação, relacionamento, toma de medicação, trato) acontecem ou não, fornecendo clareza da evolução favorável ou desfavorável, ajudando a

compreender as falhas na melhora e na reabilitação do paciente, revelando quem ou quais os agentes responsáveis e desse modo permitindo a intervenção mais adequada em cada caso.

## **5. REFLEXÃO CONCLUSIVA**

Pensando sobre minha caminhada no curso de especialização gostaria de inicialmente reconhecer que a equipe que o preparou foi muito criativa e soube trazer a variedade e multiplicidade de conhecimentos de maneira clara e interativa, de modo que isso me mudou pessoalmente pois passei de ser uma “ídosa tecnológica” que não gostava de computadores, para uma pessoa e profissional mais informada e interativa no mundo virtual. Incluso minha família não acreditou que investi grande em um Mac book, iphone, ipad. E creiam, isso é uma mudança radical na minha caminhada! Obrigado equipe de ensino a distância do UNASUS/UFCSPA!

No referente aos conhecimentos, desde a revisão da história das políticas públicas de saúde e a luta pela criação do sistema único de saúde, os modelos iniciais de atenção, as articulações para melhorias nos atendimentos, prevenção de doenças e promoção da saúde brasileira foram de base para a compreensão de que este processo segue um continuo do qual acredito ter o privilégio de participar.

O curso me permitiu revisar vários assuntos que fortaleceram o interesse em participar mais das reuniões de equipe, auxiliando-os e incentivando-os ao trabalho em equipe de ESF e não de UBS como estavam habituados. A revisão de artigos e protocolos de atendimentos na saúde da criança, da mulher, das gestantes, doenças crônicas, doenças sexualmente transmissíveis, acidentes de trabalho, doenças osteomusculares e articulares, HAS, DPOC, Diabetes mellitus, violência familiar, entre outros, incentivou a algumas mudanças em minhas condutas. As mudanças das quais me referi foram de adaptação em relação a comunidade em que estou trabalhando e vou citar algumas.

Nas consultas de pré-natal: além de diminuir o volume e melhorar a qualidade das consultas como descrevi anteriormente, pesquisei e organizei alguns folders com orientações para o cuidado da saúde no pré-natal como: dieta, tempo de vacinação, sugestões de atividades físicas e sites de pesquisa confiáveis para

acompanhar semana a semana a gravidez, bem como a ideia de que elas anotem suas dúvidas e as tragam a consulta para esclarecimentos necessários, além de convidar o parceiro para as consultas, construir um genograma, realizar avaliações da saúde mental da grávida, vínculos e sua rede de apoio.

Nas consultas de puericultura: incentivei desde a primeira consulta a presença do pai ou familiar. Durante a consulta mostro um power point com fotos que ajudam a estimular o aleitamento materno e que explicam visualmente a sua importância no desenvolvimento neuropsicomotor da criança desde seus primeiros dias, bem como podem ajudar a própria mãe perceber mudanças que podem vir a indicar alguma anormalidade. Adquiri alguns brinquedos para ajudar a realizar o exame neuropsicomotor de forma mais divertida para a criança. Ainda na consulta de puericultura enfatizo durante alguns minutos finais sobre a relação dos pais e a manutenção de uma rotina que resulte em um tempo de descanso e namoro para eles.

Nas consultas com pacientes DPOC e especialmente os asmáticos, elaborei um folder atualizado sobre como a família pode ajudar a evitar e tratar as crises de asma, sejam elas leves, moderadas ou mais graves. E ainda mostro como produzir e realizar um espaçador para o uso correto das “bombinhas” em aerossol.

Outra mudança foi com relação as consultas de “renovação de receitas” que antes não existira, onde a comunidade deixava o papel na recepção. Incentivar os pacientes a vir em consultas abriu um leque de mudanças, refiz diagnósticos, atuei fortemente no abuso de medicações desnecessárias e a polifarmácia principalmente em idosos, descobri que na realidade muitos estavam precisando reavaliar seu tratamento e realizar exames de avaliação negligenciados por mais de 5 anos (!), principalmente nos pacientes psiquiátricos e alguns diabéticos.

Finalmente gostaria de ressaltar que ao estudar os casos complexos, foi consolador certificar que o dia a dia de trabalho tão delicadamente descrito no eixo 2 revelou que o básico na atenção primária na realidade é verdadeiramente complexo.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, 2002.
2. CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
3. MALDONADO, M.T. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 4ta. Ed. , Petrópolis, Vozes, 1991.
4. DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primaria baseadas em evidencias. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
7. CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
8. KAPLAN & SADOCK, B.J.,SADOCK,V.A., RUIZ,P. Compêndio de Psiquiatria. Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Ed.11, pp.347- 385. Porto Alegre: Artmed, 2017.
9. CORDIOLI, A.V. e colaboradores. PSICOFÁRMACOS Consulta Rápida. Ed.4, pp.399-426, 485-491. Porto Alegre: Artmed, 2011.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
11. DIRETRIZ BRASILEIRA DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013. Disponível em [www.cardiol.br](http://www.cardiol.br) .
12. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2013; 101 (4 Supl.1): 1-22.
13. LOPEZ. JMC; GUSSO, G. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 1 ed. Porto Alegre. Artmed, 2012.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

## **ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



**CELESTE RAQUEL MENDEZ OICHENAZ KOPPE**

**ABORDAGEM FAMILIAR NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL**

**ALVORADA – RS  
2017**

## 1. INTRODUÇÃO

Cada gestação é diferente por ser vivenciada em situações distintas da vida. Trata-se de um momento de transição na saúde da mulher que produz significativas mudanças não apenas no corpo, em relação ao seu aspecto físico, mas principalmente no que diz respeito ao seu desenvolvimento emocional (DINIZ, 1999). São fases biologicamente determinadas, caracterizadas por mudanças físicas, endócrinas, psicológicas e sociais, criando situações de reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos necessários.

Consideramos que no ciclo vital feminino existem três momentos críticos: a adolescência, a gravidez e o climatério. Vale ressaltar que esses são períodos dos quais podem resultar estados temporários de desequilíbrio; e que, sem uma abordagem adequada, podem evoluir para estados permanentes e patológicos de saúde física e mental (MALDONADO, DICKSTEIN e NAHOUM, 2000).

O que se apresenta neste trabalho vem exemplificar como o médico de família e comunidade, através da terapia familiar sistêmica, pode ser uma alavanca importante em situações onde a gestação não é vivenciada como uma maternagem idealizada, mas experimentada como um momento conflituado e adverso para a mulher e sua família.

A diversidade de fatores no entorno deste momento pode estar influenciada pelas mais variadas situações como as características pessoais, bem como as experiências e influências subjetivas da mãe e do pai, sobretudo em razão de suas histórias de vida e estrutura psíquica; o momento do ciclo vital familiar em que ocorre a concepção, a forma em que acontece a concepção na vida do casal, das condições afetivas do relacionamento entre o casal, do apoio das famílias de origem destes pais e suas condições sócio-econômicas. São todos estes aspectos e ainda outros que podem influenciar no planejamento e ou no desejo de gestar, podendo resultar em um momento de futuras lembranças de realizações felizes ou frustrantes e amargas (PRADO, 1996).

Vários autores e estudos demonstram que detectar os fatores de risco, de proteção e resiliência é fundamental para agir preventivamente nesse momento do ciclo de vida familiar. Igualmente, pesquisas tem mostrado que o estresse, o suporte e os aspectos da interação familiar podem influenciar o curso da gestação, incluindo complicações obstétricas, perinatais e incluso no peso da criança ao seu

nascimento. Mulheres que recebem suporte emocional e prático do companheiro e outros membros familiares experimentam menos depressão durante a gestação e no período pós-parto (MCDANIEL, 2005).

Neste propósito, a abordagem a ser feita pela médica de família buscará reconhecer a chegada de um novo membro na família como um momento de vulnerabilidade, de crise e/ou de fragilidade. Preparar o casal para receber o novo membro, trabalhando a aceitação por meio de intervenções terapêuticas breves, estabelecendo vínculo entre o serviço de saúde, a família e outros possíveis componentes da rede de apoio.

A importância deste estudo reside no fato de a gestação constituir um período de significativas e necessárias mudanças no ciclo de vida e da saúde da mulher, que, precoce ou tardiamente, irá buscar ajuda de um profissional de saúde, o qual, por sua vez, além das técnicas obstétricas, poderá desempenhar com habilidade uma abordagem familiar sistêmica, ainda que em breves intervenções, com o escopo de vir a produzir mudanças com um impacto positivo para o futuro da vida dos membros familiares.

## **2. OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Promover uma reflexão acerca do impacto que a abordagem familiar pode contribuir durante as consultas de pré-natal principalmente na gravidez não planejada em uma Unidade Básica de Saúde da região metropolitana de Porto Alegre.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar durante as consultas de pré-natal as grávidas que não planejaram sua gravidez e relatavam estar em conflito com esse momento de sua vida.
2. Escolher os casos que estejam em acompanhamento pré-natal regular na unidade desde março até novembro em consultas com a autora e que concordem em participar do estudo.
3. Através do uso de genograma e da abordagem de terapia sistêmica familiar, buscar compreender que outros aspectos estavam envolvidos nesse período de vida da mulher e que
4. Após identificados possam permitir o médico de família construir um plano terapêutico para cada paciente buscando incluir para ela apoio familiar.
5. Destas pacientes, escolher um caso que ilustre a intervenção que foi realizada que vise promover melhoras nas consultas de atendimento pré-natal.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

Será realizada revisão de literatura acerca da gravidez, seus aspectos psicológicos e seu impacto na vida da mulher que o vivencia, buscando como foco as situações em que essa experiência não é vivida como algo idealizado ou planejado. Buscar-se-à em livros impressos e de referência da Teoria Familiar Sistêmica e seus pressupostos referentes a esse momento do ciclo familiar com o intuito de compreensão e formas de auxiliar o cuidado dessas famílias.

### **4. CRONOGRAMA**

MAIO até NOVEMBRO 2016 - Realizar seleção das pacientes que estão em acompanhamento pré-natal com a autora e que verbalmente demonstraram que a gravidez não foi planejada.

MAIO até NOVEMBRO 2016 - Revisão da Literatura acerca dos pressupostos da terapia familiar sistêmica e estudo dos casos, realizando 5 consultas de intervenção com genograma e escuta da situação familiar vivenciada.

DEZEMBRO 2016 - Escolher um caso que ilustre o trabalho realizado, pedindo autorização da paciente para participar do estudo conforme código de ética.

DEZEMBRO e JANEIRO 2016 - Escrever o trabalho e apresentar a Equipe de Saúde.

FEVEREIRO 2016 - Entregar o trabalho

## **5. METODOLOGIA**

Trata-se de um projeto de intervenção nas consultas clínicas de atendimento pré-natal realizado na Unidade Básica de Saúde Stella Maris, na cidade de Alvorada, Rio Grande do Sul. A metodologia constitui-se na execução das orientações vigentes para consultas pré-natal na Atenção Básica de Saúde com enfoque complementar da saúde mental da gestante, conforme os pressupostos da terapia familiar sistêmica. Posteriormente será realizado um relato de caso que ilustre os resultados dessa intervenção.

## **6. RESULTADOS ESPERADOS**

Com este trabalho espera-se promover uma reflexão das mais variadas situações afetivas que podem estar envolvidas na saúde da mulher quando ela vivencia uma gravidez não planejada, e por vezes não desejada ao menos inicialmente, as quais na grande maioria das vezes parecem ser pouco abordadas nas consultas de pré-natal, porém não menos importantes que a avaliação obstétrica pode trazer. Considerando que a gravidez traz mudanças na vida da mulher e da família para sempre, e que cada mulher vivencia essa experiência de múltiplas formas, faz-se imprescindível ter uma escuta atenta das questões que possam estar envolvidas nesse processo.

O médico de família tem aqui seu papel fundamental de promover o cuidado físico e mental através da escuta sensível da gestante. A consulta pré-natal, segundo propõe esta autora, não se resume apenas a identificar se o bebê (feto) está com vitalidade e crescimento adequados, mas também de avaliar como está emocionalmente esta mãe e seu entorno familiar para receber esse bebê. Isto é, prevenção e promoção da saúde da família.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARTER, B; MCGOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
2. CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1995.
3. DINIZ, G. S. R. Condição feminina - Fator de risco para a saúde mental? In M. G. T. Paz & A. Tamayo (Eds.). Escola, saúde e trabalho: Estudos psicológicos. Brasília, DF, p. 179-198, 1999.
4. FALCETO, O. G.; Envolvimento do pai nos cuidados do seu bebê: um estudo na comunidade. Revista de Saúde Pública, 2008. Artigo aceito para publicação.
5. FERNANDES, C.L.C.; CURRA, L.C.D. Instrumentos de abordagem familiar. Porto Alegre: Artmed, 1996.
6. FRIZZO, G. B. (2008). Contribuições da psicoterapia breve pais-bebê para a conjugalidade e para a parentalidade em contexto de depressão pós-parto. Tese de Doutorado em Psicologia não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 100 p. Porto Alegre.
7. MACDANIEL, S. H. et al. Terapia familiar médica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
8. MACDANIEL, S.H. et al. Family-oriented primary care: a manual for medical providers. 2<sup>nd</sup>.ed. New York:Springer, 2005.
9. MALDONADO, M. T. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.
10. MALDONADO, M. T.; DICKSTEIN, J.; NAHOUM, J. C. Nós estamos grávidos. 13. São Paulo: Saraiva, 2000.
11. MCGOLDRICK, M.;GERSON,R. Genogramas em La evaluacion familiar. Barcelona: Gedisa, 1996.
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gestação de Alto Risco. 2010. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)
13. MINUCHIN, P.; COLAPINTO, J.; MINUCHIN, S. Trabalhando com famílias pobres. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
14. MINUCHIN, S.; FISCHMAN, H.C. Técnicas de terapia familiar. Porto Alegre: Artmed, 2003.
15. PRADO, L.C. Entre a realidade e os sonhos: o desafio das famílias com bebês. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2006.
16. SILVA, M. R., PICCININI, C. A. (2009). Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. Estudos de Psicologia, 14 (1), 5-12.
17. WINNICOTT, D.W. Os bebês e suas mães. 2. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
18. WHITAKER, C.A.; BUMBERRY, W.M. Dançando com a família. Porto Alegre: Artmed, 1991.