

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO
AO PRÉ-NATAL**

MIRIAN GEÓRGIA MAIA MARTINS MOREIRA

CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS

2013

MIRIAN GEÓRGIA MAIA MARTINS MOREIRA

**A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO
AO PRÉ-NATAL**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Eliana Aparecida Villa

CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS

2013

MIRIAN GEÓRGIA MAIA MARTINS MOREIRA

**A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO
AO PRÉ-NATAL**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Eliana Aparecida Villa

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Eliana Aparecida Villa - Orientadora

Prof^a Dr^a Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovada em Belo Horizonte em 02 de março de 2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela força e bênçãos que tenho recebido.

A meu esposo Creilson, amigo e companheiro, por todo amor e dedicação.

A meus pais, Antonio e Meire pelo amor, carinho e apoio de sempre.

Agradecimento especial a todos os tutores, presenciais e à distância que estiveram comigo no decorrer do curso, e à minha orientadora, Prof^a Eliana Aparecida Villa.

Obrigada, pelos ensinamentos e colaboração nesta etapa importante da minha formação.

“Se eu pudesse deixar algum presente a você, deixaria aceso o sentimento de amor à vida dos seres humanos. A consciência de aprender tudo o que nos foi ensinado pelo tempo afora. Lembraria os erros que foram cometidos, como sinais para que não mais se repetissem. A capacidade de escolher novos rumos. Deixaria para você, se pudesse, o respeito àquilo que é indispensável: além do pão, o trabalho e ação. E, quando tudo mais faltasse, para você eu deixaria, se pudesse, um segredo. O de buscar no interior de si mesmo a resposta para encontrar a saída.”

Mahatma Gandhi

RESUMO

O presente estudo delineou a importância de desenvolver a educação em saúde na atenção ao Pré-Natal. O tema deste trabalho surgiu após a constatação da baixa adesão das gestantes ao pré-natal na ESF Cidade Jardim. Após discussão entre a equipe chegou-se a conclusão que esse fato ocorre devido à baixa efetividade da educação em saúde, que estaria restrita às consultas médicas e de enfermagem. Assim, objetivou elaborar uma proposta educativa a ser implementada no acompanhamento ao pré-natal das gestantes da ESF Cidade Jardim. Para operacionalizar essa proposta, este estudo contemplou informações sobre a história da atenção à saúde da mulher, a atuação do enfermeiro no pré-natal, a importância do pré-natal e da educação em saúde e as principais orientações a serem feitas à gestante, como desconfortos comuns durante a gestação, importância de uma alimentação balanceada, autocuidado, benefícios do aleitamento materno, sinais de alerta durante a gestação, sinais que indicam proximidade do parto, sinais evidentes do início do trabalho de parto, atividades físicas no período gestacional. Com vistas à sustentação da proposta, realizou-se revisão bibliográfica em que foram utilizados livros, artigos selecionados no SciELO, manuais do Ministério da Saúde e trabalhos disponíveis na Biblioteca Virtual do Nescon e módulo do CEABSF. Foram utilizados os seguintes descritores: Pré-Natal, educação em saúde, enfermagem. O material selecionado e analisado evidenciou que existem diferentes modelos de educação em saúde, como tradicional, dialógico, hegemônico e contra-hegemônico. Na atenção às gestantes, percebeu-se a necessidade de usar os modelos dialógico e contra-hegemônico, que têm como característica uma abordagem integralizada à mulher, considerando suas experiências, valores e condições de vida, pois isso permite que sua autonomia seja respeitada. Como conclusão, considerou-se essencial que os profissionais da equipe da ESF Cidade Jardim estejam capacitados para exercerem a educação em saúde durante o Pré-Natal, através de uma escuta aberta, sem julgamentos prévios e utilização de uma linguagem clara e objetiva, que facilite o aprendizado da gestante. Essa comunicação permite a formação de um vínculo de confiança entre o profissional e a gestante, e é essencial para que a educação em saúde seja efetiva e considerada um agente transformador no contexto da ESF Cidade Jardim, aumentando a adesão das gestantes ao Pré-Natal.

Palavras-chave: Pré-Natal. Educação em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

This research highlights the importance of education in healthcare, especially when it comes to pre-natal procedures. The idea of working on such a subject came up after the realization of the low interest and participation of pregnant women in the pre-natal programs at ESF Cidade Jardim. After long talks with the local staff, it could be inferred that this happens due to the poor quality of education/knowledge in healthcare, which is limited to doctors' appointments and nurse care. Thus, aimed to develop an educational proposal to be implemented in the monitoring of pregnant women pre-natal ESF Cidade Jardim. To put into practice this proposal, this work also holds information on how much attention has been given to women's health throughout history, on the role of nurses at this job, as well as on information about the importance of Pre-natal procedures and educating/providing pregnant women with proper instructions on what to do when feeling discomfort during pregnancy. Other relevant issues such as having a balanced diet, self-care, the benefits of breast feeding, being on alert at unusual signs during gestation, signs that could indicate labor or contractions and doing physical exercises are also considered in this study. Aiming at support of the proposal was held bibliographical review, a number of books, academic articles selected through data from SCIELO and handbooks from the Health Ministry were regarded. Works available at NESCON's virtual library and CEABSF modules were also looked upon. The following were the descriptors used: Pre-natal, Healthcare education and Nursing. The research material gathered and then analyzed showed that there are different styles of teaching/learning healthcare basics: the traditional, the dialogical, the hegemonic and the counter-hegemonic. As for treating pregnant women, it is clear the need to use the dialogical and the counter-hegemonic approaches since they value women's previous experiences, their principles and lifestyles, thus, allowing that they are given autonomy and due respect. Therefore, it is important that the ESF Cidade Jardim staff be skilled to do a good job educating pregnant women on healthcare during the pre-natal stages; all done very openly, with no prejudice or pre-judgments, making use of a clear and objective language in order to facilitate learning. This communication would help to build up a trust bond between the caregiver and the pregnant, which is fundamental to bring about effectiveness in the process of educating as well as providing a transformation in the context of ESF Cidade Jardim and ultimately leading to more participants in pre-natal procedures.

Keywords: Pre-natal. Healthcare Education. Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVO	13
3 METODOLOGIA	14
4 DESENVOLVIMENTO	15
4.1 Breve revisão sobre a atenção a saúde da mulher	15
4.2 O pré-natal e a educação em saúde.....	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
6 PROPOSTA DE AÇÃO EDUCATIVA A SER REALIZADA NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NA ESF CIDADE JARDIM	26
REFERÊNCIAS	28
ANEXO A	32

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde com a proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica e como maneira de consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. O PSF é considerado a porta de entrada do sistema de saúde, e desenvolve ações ligadas à prevenção, reabilitação e principalmente na promoção à saúde. A partir de 2006, o Ministério da Saúde passou a considerar o programa como uma estratégia, e foi denominado então Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (ESCOREL et al., 2007).

A ESF é constituída por uma equipe multidisciplinar: médico da família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. A equipe atua com uma definição do território de abrangência, população adscrita, cadastramento e acompanhamento dos usuários, o que permite a formação de um vínculo com os usuários (ESCOREL et al., 2007).

A família e o seu espaço social são considerados o núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde. A assistência pode ser prestada na Unidade de Saúde e no domicílio e deve ter, como característica fundamental, a integralidade, continuidade, resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população. Por isso, a equipe deve ser capaz de identificar e intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta (BRASIL, 1997).

A unidade de Saúde da Família representa o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, porém, se é identificada a necessidade de uma assistência mais complexa para a resolução dos problemas identificados, deve ser assegurada a referência e contra referência para diferentes níveis da rede. A ESF tem também como atribuição, o desenvolvimento de processos educativos para a saúde, com o objetivo de melhoria do autocuidado dos usuários (BRASIL, 1997).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, dentre o amplo espectro de ações a serem desenvolvidas pela equipe da ESF, encontra-se a área de Saúde da Mulher, em sua integralidade. Uma atenção integral à saúde da mulher na ESF abrange em seu contexto as atividades relacionadas ao planejamento familiar, Pré-Natal e Puerpério, prevenção ao câncer cérvico-uterino e de mama, climatério e mulheres vítimas de violência (BRASIL, 2012).

Assim, a equipe da ESF deve estar qualificada para prestar um cuidado integralizado e humanizado à mulher em todas as fases de vida, e especialmente durante a gestação.

O Ministério da Saúde tem desenvolvido ações de promoção, prevenção e assistência à saúde das gestantes através da criação de programas, como o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), visando um atendimento qualificado e mais humanizado (GRANJEIRO, DIÓGENES E MOURA, 2008).

O pré-natal é o processo de acompanhamento à gestante desde a concepção até o início do trabalho de parto e tem como principal objetivo permitir o desenvolvimento de uma gestação sem intercorrências para a saúde materna e fetal. É recomendado que a gestante inicie o pré-natal o mais precoce possível, de preferência no primeiro trimestre, e passe por seis consultas de pré-natal, no mínimo, podendo ser intercalado consulta médica com consulta de enfermagem. Um pré-natal de qualidade deve abordar, além de técnicas, os aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012).

Uma gestação sem intercorrências depende de inúmeros fatores, como a saúde da mulher neste período, seu estado emocional e sua história prévia de saúde. Esses fatores devem ser investigados e analisados em todas as consultas de pré-natal, pois assim serão determinadas as intervenções médicas e de enfermagem apropriadas, de acordo com a história e necessidade de cada gestante. O início do pré-natal precoce e contínuo permite que a gestante adquira bons hábitos de saúde, e isso certamente contribuirá para uma gestação com menos riscos e desconfortos.

Vale ressaltar que uma assistência de qualidade à gestante durante o pré-natal contribui significativamente para a diminuição das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, e para que isso ocorra é essencial que seja prestada por profissionais capacitados (CUNHA et al., 2009).

Segundo Trevisan et al. (2002), a ausência da assistência pré-natal está intimamente ligada a maior taxa de mortalidade perinatal. Nas nações desenvolvidas, foi constatado que as perdas perinatais estão relacionadas às doenças de difícil prevenção, como malformações congênitas, descolamento prematuro de placenta e circulares de cordão. Já nos países em desenvolvimento, os óbitos perinatais predominantes são por sífilis congênita e infecções urinárias complicadas, consideradas patologias possíveis de prevenção ou controle por meio de uma assistência pré-natal adequada.

Em conformidade com a Lei do Exercício Profissional, nº 7498, e o decreto nº 94406, de 08 de junho de 1987, o enfermeiro pode realizar a assistência pré-natal às gestantes com baixo risco obstétrico através da consulta de enfermagem.

A assistência de enfermagem durante a consulta de pré-natal inclui a anamnese, exame físico, solicitação de exames laboratoriais e realização de procedimentos como: Data Provável do Parto (DPP), cálculo da Idade Gestacional (IG), imunização antitetânica, controle da Pressão Arterial (PA), ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF), verificação da presença de edema, palpação obstétrica, mensuração da altura uterina e do peso e estatura. Além dessas técnicas e procedimentos, é essencial que o enfermeiro desenvolva a educação em saúde durante o período do pré-natal. É importante que a gestante receba orientações de maneira que todas as suas dúvidas sejam esclarecidas, favorecendo uma gravidez tranquila e sem intercorrências clínicas (CUNHA et al., 2009).

De acordo com Rios e Vieira (2007), o pré-natal deve ser um período de preparo físico e psicológico para o parto e maternidade e, por isso, é considerado um momento de aprendizado, em que os profissionais da equipe possam desenvolver a educação em saúde à gestante como parte do processo de cuidar.

A educação em saúde é um dos componentes das ações básicas de saúde e tem como objetivo levar a população à reflexão sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e realizar mudanças (RIOS e VIEIRA, 2007).

Vasconcelos, Grillo e Soares (2009) definem a educação como a apropriação de conhecimento que permite ao indivíduo uma escolha livre e consciente, em um certo momento e cenário histórico e implica responsabilidade social, ecológica e política. A prática da educação em saúde implica em troca de conhecimentos, entre a equipe multidisciplinar e, principalmente, entre os profissionais e usuários, tanto na atenção individual quanto na coletiva.

Na ESF Cidade Jardim, de acordo com o Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher, a primeira consulta do pré-natal é realizada pela enfermeira e as consultas posteriores são realizadas pelo médico da família. Quando o médico identifica algum fator de risco, a gestante é encaminhada ao Serviço de Referência em Pré-Natal de alto risco- Unidade de Saúde Materno-Infantil.

O tema deste estudo surgiu a partir de um levantamento realizado pela equipe, em que foi constatada a baixa adesão das gestantes ao pré-natal na ESF Cidade Jardim. Apesar da busca ativa das gestantes para o início precoce do pré-natal e busca ativa das gestantes faltosas, o não comparecimento às consultas agendadas ficou evidente. Então, a confirmação

desses dados foi feita a partir da análise mensal das fichas B, de acompanhamento à gestante, que são preenchidas pelas ACS.

A análise, portanto, das fichas indicou o início tardio do pré-natal e número de consultas menor que seis. De onze gestantes que estavam sendo acompanhadas na unidade, sete iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e quatro delas iniciaram no segundo trimestre. E ainda, nos últimos quatro meses, de nove mulheres que deram à luz, apenas cinco delas passaram por seis consultas ou mais e quatro passaram por menos de seis consultas.

Através de uma discussão realizada sobre os dados anteriores, a equipe acredita que a falta de esclarecimento e orientações acerca da importância do pré-natal seja um dos motivos da baixa adesão. Como na unidade não havia um grupo de gestantes formado, a educação em saúde estava restrita apenas às consultas médicas e de enfermagem e não estariam sendo efetivas.

Os profissionais da ESF, especialmente, o enfermeiro deve sempre estar instrumentalizado para atuar com a educação em saúde, que é essencial neste contexto, pois de maneira gradativa tornará as gestantes mais conscientes e preparadas para vivenciar esse período.

Por meio deste estudo pretende-se ressaltar a importância do pré-natal e da educação em saúde a ser desenvolvida na ESF. Por meio das ações educativas, espera-se que as gestantes adquiram maiores conhecimentos e interesse em participar ativamente do pré-natal, percebendo sua importância e, conseqüentemente, comparecendo nas consultas e atividades agendadas na Unidade.

2 OBJETIVO

Elaborar uma proposta educativa a ser implementada no acompanhamento ao pré-natal das gestantes da ESF Cidade Jardim.

3 METODOLOGIA

A pesquisa bibliográfica consiste em um estudo cuja metodologia baseia-se na leitura exploratória e seletiva do material de pesquisa e contribui para o processo de síntese e análise das produções de vários autores.

De acordo com Gil (2008), a pesquisa bibliográfica permite um amplo alcance de informações, além de possibilitar a utilização de dados dispersos em diversas publicações, auxiliando na construção e melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto.

Para este estudo, optou-se pela pesquisa bibliográfica, realizada por meio de revisão narrativa de artigos sobre a importância da educação em saúde a ser desenvolvida pelo enfermeiro durante o pré-natal.

A revisão narrativa ou tradicional apresenta uma temática aberta e permite a construção de conhecimento alicerçado à experiência das pessoas. Segundo Marconi e Lakatos (2007), a pesquisa bibliográfica não é apenas uma repetição do que já foi dito ou escrito sobre determinado tema, mas sim, proporciona o exame de um assunto sob novo enfoque ou abordagem, chegando às conclusões inovadoras.

O estudo baseou-se na seleção de artigos publicados em periódicos indexados no *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO), livros e manuais do Ministério da Saúde e trabalhos disponíveis na Biblioteca Virtual do Nescon, módulo CEABSF.

Após a seleção dos artigos e documentos, foi realizado fichamento do material, que permitiu reunir as informações necessárias e úteis à elaboração do texto. Na elaboração textual buscou-se analisar as ideias centrais dos autores com relação à importância do pré-natal e da educação em saúde neste período e a abordagem das principais orientações a serem realizadas às gestantes.

Para tal busca foram utilizados os seguintes descritores: pré-natal, educação em saúde, enfermagem.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 Breve revisão sobre a atenção à saúde da mulher

Segundo Carvalho (2007), até o século XVI, as parteiras realizavam os partos e eram responsáveis por proporcionar um clima favorável para a parturiente, com a utilização de talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar as dores das contrações. Aos poucos o parto começou a ser assistido por várias pessoas, principalmente os partos da realeza, nas cortes europeias. Entre os séculos XVI e XVII, o cirurgião começou a realizar os partos e a utilizar instrumentais e então as parteiras foram perdendo sua primazia.

No início, o parto cesáreo representava uma alternativa para situações extremas, em que se desejava salvar basicamente a vida do feto, já que raramente as mulheres sobreviviam a este procedimento. Com o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, da anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia, a cesárea tornou-se um procedimento seguro. Com o aumento da indicação deste tipo de parto em situações que representavam riscos tanto fetais quanto maternos, houve uma melhoria dos resultados obstétricos maternos e perinatais, a partir da segunda metade do século XX (BRASIL, 2001).

O atendimento obstétrico no século XX foi marcado então pela medicalização e instrumentalização do parto. A mudança do local de parto, das casas para os hospitais, a participação cada vez maior de profissionais qualificados e a incorporação de novas técnicas e procedimentos, contribuiu para a diminuição do índice de mortalidade materna e perinatal (SERRUYA, LAGO E CECCATTI, 2004).

Porém, com a redução deste índice, o número de partos cesáreos aumentou indiscriminadamente e, muitas vezes, a sua realização não possui uma justificativa obstétrica adequada.

O Ministério da Saúde tem considerado o atendimento materno e infantil como prioritário nos últimos anos. Em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que ampliou as ações de saúde destinadas às mulheres, e destacava a atenção Pré-Natal como elemento fundamental na melhora do resultado perinatal (TREVISAN et al., 2002).

O PAISM resultou de um processo de mobilização social, em que feministas e profissionais da saúde juntamente com o Ministério da Saúde elaboraram propostas de atendimento à mulher garantindo respeito a seus direitos de cidadania. Este programa teve como principais metas a recuperação da função educativa dos serviços e a adoção de um novo

modelo de atenção a todas as mulheres, o que o diferenciou de outros programas (RIOS e VIEIRA, 2007).

No âmbito das discussões entre o grupo de feministas, estas consideravam que o conceito de uma atenção integral deveria considerar, além do cuidado ao colo, útero e mamas, também os aspectos não físicos da vida das mulheres. Isto incluía a abordagem do contexto social, psicológico e emocional das mulheres, sendo vistas como um ser completo, não apenas portadora de um corpo, mas vivenciando um momento emocional específico e inserida em um determinado contexto socioeconômico (OSIS, 1998).

O PAISM preconiza que a atenção à mulher deve ser integral, clínico-ginecológica e educativa, visando ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção (OSIS, 1998).

Mesmo com o incentivo do PAISM para a prática da integralidade nos cuidados na área da saúde da mulher, houve controvérsias quanto à qualidade da assistência prestada e ao impacto na mortalidade materna (ALMEIDA e TANAKA, 2009).

A implementação efetiva do PAISM, porém, não ocorreu em todo o território nacional, devido a divergências entre planejamento e prática, o que mostra o descompromisso político relacionado à implantação do programa. No sistema público, percebe-se o descaso não só com a saúde da mulher, mas também com a saúde das crianças, dos homens e da população em geral. Apesar dessa realidade, as concepções que sustentam o PAISM sobrevivem ao tempo e à negligência do poder público no seu processo de implantação, e as suas idéias centrais continuam a ser defendidas por pessoas empenhadas e preocupadas com a saúde das mulheres (OSIS, 1998).

Como visto, a implementação do PAISM passou por consideráveis dificuldades políticas, financeiras e operacionais, o que impediu que o programa se tornasse em um agente transformador da saúde das mulheres. Assim, tornou-se necessário o estabelecimento de uma nova estratégia, e em junho de 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (SERRUYA, LAGO E CECCATTI, 2004).

O PHPN tem como principais objetivos: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover um vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (SERRUYA, LAGO E CECCATTI, 2004).

O PHPN estabelece que o Pré-Natal deva iniciar até 120 dias de gestação. Porém, muitas vezes o que colabora para o início tardio do acompanhamento à gestante, é a demora existente entre a oferta do exame confirmatório da gestação e o primeiro atendimento, e ainda, a percepção que muitas mulheres têm quanto à necessidade de iniciar o Pré-Natal precocemente (ALMEIDA e TANAKA, 2009).

Como estratégia para incentivar os municípios a aderirem ao PHPN e programarem as suas ações, foi estabelecido que os municípios que cumprirem alguns critérios mínimos, receberão recursos para o custeio da assistência, o que pode colaborar na qualidade da assistência.

Os critérios estabelecidos para o pagamento dos incentivos são: captação precoce da gestante (até 120 dias da Idade Gestacional) e realização de um mínimo de procedimentos essenciais durante o pré-natal, como seis consultas ou mais, todos os exames de rotina, Imunização Antitetânica e consulta puerperal (SERRUYA, LAGO E CECCATTI, 2004).

O pagamento dos incentivos é realizado a partir do cadastramento da gestante e da conclusão do pré-natal. Cada gestante cadastrada com até 120 dias de gestação, na primeira consulta, gera o incentivo de R\$10,00 para o município, e cada gestante que conclui o Pré-Natal o incentivo é de R\$40,00, desde que os procedimentos estabelecidos pelos PHPN tenham sido cumpridos (GRANJEIRO, DIÓGENES E MOURA, 2008).

O Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL) foi criado para avaliar e monitorar o PHPN. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF) dos municípios cadastrados no Programa devem fornecer informações mensais sobre o acompanhamento das gestantes, para certificarem o cumprimento dos critérios para o pagamento dos incentivos (GRANJEIRO, DIÓGENES E MOURA, 2008).

Com a implantação do PAISM, houve um estímulo à participação do Enfermeiro na assistência à saúde da mulher, principalmente na assistência ao pré-natal (RIOS e VIEIRA, 2007).

Nesse sentido, segundo a Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem e o decreto nº94406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a mesma, o Pré-Natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo Enfermeiro. Cabe ao Enfermeiro realizar a consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem, oferecer assistência à gestante, parturiente, puérpera e ainda realizar atividades de educação em saúde (COREN /MG, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o Enfermeiro é um profissional apto a realizar o acompanhamento do Pré-Natal, e para garantir o

desenvolvimento de uma gestação segura, deve adotar ações para prevenção de agravos, promoção da saúde e tratamento de problemas que podem ocorrer durante este período.

Na ESF Cidade Jardim, a primeira consulta de pré-natal é realizada pela Enfermeira de acordo com o Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher. Assim como o preconizado pelo Ministério da Saúde, a Enfermeira realiza as seguintes ações:

- Realização de consulta de enfermagem de Pré-Natal, em que são realizadas a anamnese, exame físico, cálculo da Data Provável do Parto (DPP), cálculo da Idade Gestacional (IG), controle da Pressão Arterial (PA), verificação da presença de edema, palpação obstétrica, ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF), mensuração da Altura Uterina (AU), do peso e estatura.

- Solicitação dos exames de rotina;

- Prescrição de ácido fólico (05 mg) e sulfato ferroso (40 mg) durante o período gestacional;

- Preenchimento do cartão da gestante;

- Avaliação da situação vacinal da gestante;

- Educação em saúde, através de orientações às gestantes e familiares sobre a importância do Pré-Natal, alimentação adequada, aleitamento materno, vacinação, modificações fisiológicas da gestação.

- Formação de grupo de gestantes, como uma maneira de humanizar a assistência Pré-Natal, desenvolver a educação em saúde e permitir a socialização entre as gestantes (BRASIL, 2000).

A assistência de enfermagem deve ter início quando a mulher chega ao serviço de saúde com medos, dúvidas, ansiedade, ou apenas curiosidade em saber se está mesmo grávida. Escutar a gestante e valorizar suas queixas permite a criação de uma relação de confiança e de apoio entre a gestante e o profissional.

4.2 O pré-natal e a educação em saúde

A assistência à gestante durante o pré-natal é uma das atividades realizadas há mais tempo nos serviços públicos de saúde no país e, mesmo assim, permanece como um desafio, tanto em relação à qualidade quanto aos princípios filosóficos do cuidado, baseado ainda em

um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (SERRUYA, LAGO E CECCATTI, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), para que o pré-natal seja eficaz é preciso: humanização do atendimento como fator essencial para o acompanhamento adequado à gestante; captação precoce da gestante para iniciar o Pré-Natal de preferência no primeiro trimestre de gravidez; estabelecimento de vínculo entre o profissional e a gestante; excelência nas técnicas para um atendimento qualificado; acompanhamento periódico e contínuo da gestante, classificando o risco gestacional na primeira consulta e nas consultas subsequentes e garantir orientações e esclarecimentos necessários mediante a realização de ações educativas.

O processo saúde/doença deve ser visto de uma maneira diferente e é essencial que se estabeleça um relacionamento de confiança com a gestante, respeitando seus direitos, compreendendo-a em sua integralidade e considerando o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive. Deve-se garantir também a privacidade, autonomia e compartilhar com a gestante e sua família as decisões sobre as medidas a serem adotadas (BRASIL, 2006).

Mesmo comprovado a eficácia do acompanhamento pré-natal na redução das taxas de morbimortalidade materna e fetal, existem ainda deficiências não apenas na extensão da cobertura, mas também no padrão de qualidade (MARCON, 1997).

Segundo Pereira (2002) citado por Rios e Vieira (2007), em um estudo realizado com gestantes sobre a importância do pré-natal e sobre a educação em saúde, foi evidenciado a existência de falhas durante o acompanhamento pré-natal. Chegou-se a essa conclusão visto que muitas mulheres que tiveram gestações sem complicações e passaram por todas as consultas, chegaram ao último mês demonstrando falta de informações sobre alterações normais da gravidez e despreparadas para vivenciar o parto.

Ainda de acordo com Rios e Vieira (2007), é essencial o desenvolvimento de ações educativas por toda a equipe de saúde, pois a falta de informações ou informações inadequadas sobre as modificações normais que ocorrem durante a gestação, sobre o parto, o medo do desconhecido e também sobre os cuidados ao recém-nascido nos primeiros dias, pode gerar tensão na gestante e influenciar negativamente todo o processo.

Sendo assim, o pré-natal é o momento ideal para que o enfermeiro dissipe os mitos e visões errôneas que a gestante tem sobre o período gestacional e o processo de parto, através do desenvolvimento da educação em saúde (DOTTO, MOULIN E MAMEDE, 2006).

A educação em saúde é considerada uma prática em que ouvir, compartilhar e construir juntos é a principal ação, sem descartar as técnicas e os avanços da Medicina (MANO, 2004).

Para Alves (2004), a prática da educação em saúde pode ser delineada em dois modelos extremamente distintos- *modelo tradicional* e *modelo dialógico*, sendo possível existir modelos intermediários.

O modelo tradicional é fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença e tem como foco a doença e a assistência curativa. Preconiza que a prevenção de doenças requer mudança de atitudes e comportamentos individuais. A estratégia deste modelo inclui uma relação verticalizada entre profissional e usuário, em que o profissional detém o saber técnico-científico, enquanto o usuário é visto como um indivíduo carente de informação em saúde e precisa ser informado. Assim, a comunicação estabelecida tem característica informativa, na qual o profissional, com uma atitude paternalista, informa ao usuário, os hábitos e comportamentos saudáveis, o que fazer e como fazer para a manutenção da saúde. A partir disso, o profissional então espera que o usuário assuma novos hábitos de vida. Diversos autores citam o efeito temporário deste modelo em relação à mudanças dos hábitos e condutas, já que o indivíduo não muda de comportamento definitivamente através desta estratégia. A principal desvantagem do modelo tradicional é o fato de não considerar as crenças e valores do usuário, ou seja, são desconsiderados os determinantes psicossociais e culturais na prática da educação em saúde (ALVES, 2004).

Já o modelo dialógico, possui o diálogo como instrumento essencial e tem como objetivo transformar os saberes existentes do indivíduo. Apresenta dois princípios básicos na prática da educação em saúde, que são: 1) conhecer o indivíduo para o qual se destina a ação de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e condições em que vive; 2) Envolver o indivíduo na ação de saúde, o que difere da imposição. Acredita-se que, através desse envolvimento e participação é possível garantir sustentação e efetividade das ações de educação em saúde (ALVES, 2004).

De acordo com Vasconcelos, Grillo e Soares (2009), os modelos de educação em saúde podem ser denominados também de *hegemônico* e *contra-hegemônico*. O modelo hegemônico valoriza o conhecimento técnico-científico, desconsiderando o saber popular e o direito do indivíduo em ter acesso ao conhecimento para tomar decisões com autonomia. Em oposição ao modelo hegemônico, encontra-se o modelo contra-hegemônico, que é representado pelos princípios do SUS. Para consolidação deste modelo, é necessário pôr em prática o acolhimento, humanização do atendimento, integralidade da atenção e vínculo, com

o objetivo de resgatar a relação entre os sujeitos sociais. É essencial que haja uma troca entre os profissionais da equipe multidisciplinar e entre a equipe e usuário. Quando todos os atores sociais estão envolvidos, são considerados os saberes do território e todas as necessidades dos usuários serão valorizadas.

Assim, analisando os conceitos sobre os modelos de educação em saúde, dos diferentes autores citados, percebemos que há semelhanças entre eles. Nos modelos tradicional e hegemônico são desvalorizados o saber do usuário, suas crenças e cultura, e há uma imposição do conhecimento técnico-científico pelos profissionais. Já nos modelos dialógico e contra-hegemônico há evidência da importância da integralidade na assistência, pois devem ser consideradas as experiências, valores e condições de vida do usuário. Isso permite que a autonomia deste seja respeitada, o que consente a criação de um vínculo de confiança entre profissional e usuário.

A escuta é considerada a base da educação em saúde, pois é um fator essencial quando se fala em troca de saberes, em compreensão de mundo e de linguagem, para que se possa entender e ser entendido. “Para ser capaz de poder transmitir saberes importantes para a vida dos que desejamos cuidar e fazer com que sejam escutados e assimilados, é preciso, acima de tudo, escutar” (MANO, 2004, p. 201).

Em meio a tantos cenários em saúde, a atenção básica é um local privilegiado para desenvolver a educação em saúde, pois nessas instituições existe a característica de uma maior proximidade com a população, com ênfase na promoção e proteção da saúde (SANTOS et al., 2012).

No processo de trabalho da ESF, a educação em saúde é uma atividade atribuída a todos os profissionais da equipe, que deve estar qualificada para uma assistência integral e contínua das gestantes (BRASIL, 1997).

Nesse sentido, os profissionais, sobretudo o Enfermeiro, devem adotar uma postura de educadores no compartilhamento de saberes, resgatando a autoconfiança da mulher no decorrer da gestação para que tenha um parto e puerpério tranquilos (RIOS e VIEIRA, 2007).

A imposição de conhecimentos pelo profissional e desconsideração da realidade da gestante não deve ser feita, pois, se isso ocorrer, todas as orientações fornecidas poderão não ser seguidas por incompatibilidade com essa realidade. Para a gestante determinar seu autocuidado, é importante conhecer as suas necessidades de aprendizagem durante o Pré-Natal (RIOS e VIEIRA, 2007).

Baseando-se nessas definições torna-se claro a necessidade de utilizar os modelos dialógico/contra-hegemônico na assistência às gestantes da ESF Cidade Jardim. É essencial

considerar as vivências e experiências que envolvem a mulher, estabelecer uma comunicação objetiva, através de uma linguagem simples e sem uso de termos técnicos que a mesma desconheça. Realizar a educação em saúde, baseada no princípio da integralidade, permite que a gestante tenha autonomia para fazer suas escolhas.

A educação em saúde, vista então como uma estratégia para aumentar a adesão das gestantes ao pré-natal na ESF Cidade Jardim, poderá ser desenvolvida não só durante as consultas médicas e de enfermagem individuais no pré-natal, mas também durante o grupo de gestantes e na sala de espera da ESF.

O Ministério da Saúde recomenda para uma assistência humanizada à gestante, a criação de grupos de apoio com o objetivo de oferecer suporte para uma vivência plena do período gestacional e o desenvolvimento de cuidados adequados durante a gravidez, parto e puerpério, e também preparo para a maternidade e paternidade. É atribuída grande importância ao fornecimento de informações sobre as modificações próprias da gravidez, cuidado ao RN, parto e puerpério (HOGA e REBERTE, 2007).

A participação em grupos de gestantes é considerada muito eficaz para uma assistência individualizada e integral das necessidades da gestante, seu parceiro e demais pessoas envolvidas. O grupo tem como objetivo, complementar o atendimento das consultas individuais, e incentivar as gestantes na adoção de hábitos mais adequados e saudáveis, diminuindo suas ansiedades e medos relativos ao período gestacional (SANTOS, ZELLERKRAUT E OLIVEIRA, 2008).

Um fator essencial no grupo de gestantes é o incentivo para que todos os integrantes participem ativamente de modo que haja uma troca de experiências. Este tipo de envolvimento cria um clima de coesão e compreensão mútua entre os participantes, o que favorece a sua continuidade de forma harmônica e construtiva. Assim, os participantes sentem-se incentivados a expressarem suas ideias, promovendo uma troca de experiências, expectativas, medos e dúvidas que são comuns neste período (HOGA e REBERTE, 2007).

O profissional de saúde desempenha o papel de facilitador no grupo e deve proporcionar aos participantes um ambiente de diálogo autêntico, através do uso de técnicas específicas para que possam partilhar suas dúvidas. As informações devem ser transmitidas de forma clara e objetiva, evitando-se o uso de termos técnicos que a maioria das pessoas desconhece. O facilitador deve estar preparado para lidar com os mais diversos sentimentos, visto que trabalha com pessoas que passam por um período muito sensível de suas vidas. Muitas vezes, ouvir e procurar compreender as pessoas pode ter mais importância do que qualquer outro tipo de assistência (SANTOS, ZELLERKRAUT E OLIVEIRA, 2008).

Além do grupo de gestante, a ação educativa desenvolvida na sala de espera também exerce grande impacto na abordagem às gestantes. De acordo com Santos et al., (2012), a sala de espera é o espaço onde os usuários aguardam o atendimento dos profissionais da saúde, e é considerado um espaço dinâmico, em que ocorre mobilização das pessoas. O desenvolvimento da educação em saúde na sala de espera tem como finalidade promover uma assistência humanizada e permitir a aproximação entre a população e o serviço de saúde.

A sala de espera é um local público, em que a equipe de saúde possui uma oportunidade de desenvolver ações educativas. Através dessa estratégia, há uma melhora na qualidade da assistência, com a garantia do acolhimento ao usuário e possibilidade de aperfeiçoar a relação entre usuário, sistema e trabalhador de saúde. Por isso é vista como forma de humanizar o atendimento (RODRIGUES et al., 2009).

Em uma experiência relatada por Santos et al.(2012), a educação em saúde em sala de espera oportunizou a aproximação da gestante ao serviço de saúde, tornando-a protagonista do processo e ainda contribuindo para orientá-la em relação à sua corresponsabilidade. Essa estratégia permite a efetivação da assistência da enfermagem na saúde coletiva, por meio da educação participativa, em que gestantes, familiares e profissionais trabalham juntos.

A seguir, serão listadas as principais orientações que podem ser realizadas à gestante durante as consultas de Pré-Natal individual, grupos de gestante e em sala de espera.

As orientações a serem discutidas junto à gestante durante o acompanhamento Pré-Natal têm como objetivo ajudar a mesma a encarar a gestação como um processo fisiológico e proporcionar condições para que seja uma experiência positiva e gratificante.

Durante as ações educativas, devem ser realizadas orientações à gestante sobre os seguintes assuntos: importância de realizar um Pré-Natal de qualidade; os desconfortos comuns durante a gestação e como aliviar - los; a importância de uma alimentação balanceada e nutritiva para a boa saúde materna e fetal; autocuidado durante a gestação; os benefícios do aleitamento materno exclusivo até o bebê completar seis meses; sinais de alerta durante a gestação e que a mulher deve procurar um serviço de saúde; sinais que indicam a proximidade e início do trabalho de parto e prática de atividades físicas no período gestacional.

Assim, finalizando este trabalho, foi possível investir na construção de uma proposta educativa a ser implementada no acompanhamento ao pré-natal das gestantes da ESF Cidade Jardim.

Também poderão encontrar o detalhamento das possíveis orientações a serem discutidas no trabalho educativo junto às gestantes, segundo o referencial teórico específico (ANEXO A).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento à gestante no contexto histórico foi marcado pela criação do PAISM com o objetivo de melhorar a assistência à saúde das mulheres por meio de uma atenção integralizada, clínico-ginecológica e também educativa. Segundo o programa, a mulher deve ser vista de maneira holística e assistida em todas as fases do ciclo vital.

O desenvolvimento de um Pré-Natal adequado e de qualidade às gestantes está incluído entre os princípios do PAISM e, de acordo com a Lei nº 7498 e incentivo do programa, o Pré-Natal de baixo risco pode ser inteiramente realizado pelo enfermeiro.

Na ESF Cidade Jardim, a assistência pré-natal é prestada pela enfermeira juntamente com o médico da Família. A primeira consulta é realizada pela enfermeira, e as consultas subsequentes, pelo médico. O grupo de gestantes está sendo instituído e já foi realizada a primeira reunião com as gestantes no mês de outubro.

Procurou-se, através deste estudo, abordar o problema identificado na ESF Cidade Jardim, uma vez ser baixa a adesão das gestantes ao pré-natal. O problema foi constatado após um levantamento realizado pela equipe, que demonstrava um número de consultas de pré-natal menor que seis e o início tardio do pré-natal, em divergência com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Em discussão entre a equipe, chegou-se a conclusão que as atividades educativas realizadas na Unidade no decorrer do pré-natal não estariam sendo efetivas, pois eram restritas às consultas médicas e de enfermagem.

Este trabalho procurou focalizar a importância da Educação em Saúde no Pré-Natal, inclusive as orientações importantes a serem realizadas às gestantes durante este período, como: importância do Pré-Natal, desconfortos comuns durante a gestação, importância de uma alimentação balanceada, autocuidado, benefícios do aleitamento materno, sinais de alerta durante a gestação, sinais que indicam a proximidade do parto, sinais evidentes do início do trabalho de parto, atividades físicas no período gestacional e tipos de parto.

Isso posto, foi possível evidenciar a importância de desenvolver a educação em saúde de maneira sistematizada na ESF Cidade Jardim, com o objetivo de gerar mudanças no acompanhamento às gestantes. Como a atenção básica é considerada um contexto ideal para o desenvolvimento de práticas educativas, pela maior proximidade com o usuário e ênfase nas ações preventivas e promocionais, torna-se necessário abandonar as práticas de educação em saúde meramente comunicacionais e informativas e adotar uma comunicação dialógica, que compreenda a gestante integralmente.

No atendimento às gestantes da ESF Cidade Jardim, a possibilidade de desenvolver a educação em saúde por meio dos grupos de gestante de maneira sistemática e contínua e atividades em sala de espera, certamente contribuirá para melhorar os indicadores da adesão ao Pré-Natal.

Sendo assim, está sendo constituído o grupo de gestantes, que teve como temas da primeira reunião, a importância do Pré-Natal e Aleitamento Materno. Neste primeiro encontro houve participação da pediatra e enfermeira do Banco de Leite do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, além da enfermeira e médico da ESF.

Como visto no decorrer do estudo, a prática de atividades em grupo durante o período gestacional tem a proposta de focalizar a promoção da saúde e a democratização de saberes entre o profissional e as participantes.

Ao final do trabalho, foi elaborada então uma proposta de ação educativa que será colocada em prática através de um cronograma, em que foram determinados os temas que serão discutidos em cada reunião do grupo de gestantes. O cronograma permitirá a sistematização e estruturação da proposta de educação em saúde.

A escuta aberta, sem julgamentos prévios e a troca de conhecimento técnico e popular, por meio da utilização de uma linguagem clara e objetiva, permite que a gestante se aproprie de novos conhecimentos. Assim, desencadeia-se a responsabilização da gestante sobre sua saúde, o que pode melhorar a qualidade de vida das gestantes e conseqüentemente aumentar a adesão ao Pré-Natal.

Para isso, os profissionais devem estar capacitados para desenvolverem essas estratégias que, juntamente com a realização da consulta individual, permitirão a troca de experiências entre o profissional e a gestante, e conseqüentemente a formação de um vínculo.

Espera-se, portanto, que a partir do momento em que a gestante adquirir mais conhecimento, possa se interessar mais e participar ativamente do Pré-Natal, pois perceberá a importância de um acompanhamento adequado e terá mais compromisso e responsabilidade em comparecer nas consultas e atividades agendadas.

6 PROPOSTA DE AÇÃO EDUCATIVA A SER REALIZADA NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NA ESF CIDADE JARDIM

1- Dados de identificação:

Instituição: Estratégia de Saúde da Família Cidade Jardim

População alvo: Gestantes da área de abrangência

Tema: Principais orientações realizadas às gestantes através das reuniões do grupo de gestante

Facilitadora: Enf^a Mirian Geórgia Maia Martins Moreira

Período: a ser definido

2- Descrição da Proposta

Proposta de educação em saúde no Pré-Natal, a ser desenvolvida no grupo de gestante que está em processo de implantação na Unidade. É importante que cada gestante participe de quatro reuniões durante o período gestacional de acordo com o cronograma que será proposto.

3- Objetivos

Objetivo Geral:

Discutir junto á gestante, as orientações indicadas, permitindo que a mesma adquira maiores conhecimentos e participe ativamente do processo, de modo a aumentar a sua adesão ao Pré-Natal.

Objetivos Específicos:

- Orientar e conscientizar as gestantes sobre a importância de realizar o Pré-Natal;
- Assegurar uma assistência de qualidade às gestantes;
- Aumentar a adesão ao Pré-Natal;
- Facilitar para que todas as gestantes da área de abrangência participem das reuniões do grupo de gestantes, inclusive aquelas que realizam o Pré-Natal através de convênios ou particular.
- Incluir os ACS para busca ativa das gestantes da área de abrangência.

4- Cronograma

REUNIÃO	TEMAS A SEREM ABORDADOS
1ª	Importância do Pré-Natal Desconfortos comuns durante a gestação
2ª	Importância de uma alimentação balanceada Autocuidado Atividades físicas durante a o período gestacional
3ª	Benefícios do aleitamento materno Sinais de alerta durante a gestação
4ª	Sinais que indicam proximidade do parto Sinais evidentes do início do trabalho de parto

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.A.L.; TANAKA, O.Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.43, n.1, fev. 2009. Acesso em set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/7296.pdf>

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n. 16, set. 2004/fev. 2005. Acesso em set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. 1997. Acesso em ago. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Pré-Natal: Manual técnico**. Brasília. 3ª edição. 2000. 66 p. Acesso em ago. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001. 199p. Acesso em ago. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. Série Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno n. 5. Brasília, 2006. 163 p. Acesso em set. 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno**. Brasília. 2ª edição. 2007. 18 p. Acesso em ago. 2012. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/albam.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília. 2012. Acesso em ago. 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf

BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**. Trad: Ana Thorell. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 456 p.

CARVALHO, G.M. **Enfermagem em obstetrícia**. 3. ed. São Paulo : EPU, 2007. 256 p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS- COREN. **Legislação e Normas**. Belo Horizonte, v. 12, n. 1, 2010.

CUNHA, M.A. et al. Assistência Pré-Natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Revista Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 13, n.1, jan-mar. 2009. Acesso em ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a20.pdf>

DOTTO, L.M.G.; MOULIN, N.M.; MAMEDE, M.V. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.14, n.5, sep/oct. 2006. Acesso em jul. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a07.pdf

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**. Washington, v. 21, n.2-3, feb/mar. 2007. Acesso em: set. 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo : Atlas,. 2008

GRANJEIRO, G.R.; DIÓGENES, M.A.R.; MOURA, E.R.F. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.42, n.1, mar. 2008. Acesso em: set.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/14.pdf>

HOGA, L.A.K.; REBERTE, L.M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.41, n.4, 2007. Acesso em set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/03.pdf>

MANO, A.M. A educação em saúde e o PSF resgate histórico, esperança eterna. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v.18, n.1, jan/jul. 2004. Acesso em set. 2012. Disponível em: http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/v18n1_19educacaosaude.pdf

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6. ed., São Paulo: Atlas, 2007.

MARCON, S.S. “Flashes” de como as gestantes percebem a assistência pré-natal em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.5, n.4, oct. 1997. Acesso em ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n4/v5n4a06.pdf>

NAKAMURA, M.V.; AMED, A.M. Assistência Pré-Natal. In: CAMANO, L. et al. **Obstetrícia**. Barueri : Manole, 2003. Cap. 1.

OSIS, M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 14, n.1, 1998. Acesso em ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de Enfermagem como um espaço para a educação em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n.2, mar/abr. 2007. Acesso em ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf>

RODRIGUES, A.D. et al. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. **Revista Eletrônica de Extensão da URI**. Frederico Westphalen, v.5, n. 7, mai.2009. Acesso em out. 2012. Disponível em: http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_007/artigos/artigos_vivencias_07/Artigo_13.pdf

SANTOS, M.R.C.; ZELLERKRAUT, H.; OLIVEIRA, L.R. Curso de orientação à gestação: repercussões nos pais que vivenciam o primeiro ciclo gravídico. **Revista O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 32, n. 4, 2008. Acesso em: ago. 2012. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/02_Curso_baixa.pdf

SANTOS, D. S. et al. Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 36, n.1, jan/mar. 2012. Acesso em out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a10v36n1s2.pdf>

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, ago. 2004. Acesso em ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n7/v26n7a03.pdf>

TREVISAN, M.R. et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 24, n.5, jun. 2002. Acesso em ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n5/10650.pdf>

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde.** Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2009. 70 p.

ANEXO A

ORIENTAÇÕES A SEREM REALIZADAS DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL

1) Importância do Pré-Natal

*Informar à gestante que o Pré-Natal é um direito dela e do bebê, e que durante o pré-natal, ela será acompanhada por toda a equipe de saúde. Um pré-natal que é realizado corretamente traz benefícios para ela e para o bebê, pois, se for diagnosticado alguma complicação, esta será tratada a tempo e evitará problemas para a saúde de ambos.

*Orientar a gestante sobre a importância de comparecer em todas as consultas do Pré-Natal;

*Esclarecer sobre a importância de realizar todos os exames de rotina, pois esses exames são capazes de detectar doenças que possam afetar o desenvolvimento do bebê. Explicar ainda, para que serve cada exame solicitado;

*Informar a gestante que o Pré-Natal é um momento para que todas as suas dúvidas sejam esclarecidas, e também, que toda a experiência e conhecimento que ela possui sobre a gestação e a maternidade, inclusive os seus medos, poderão ser compartilhados com o profissional de saúde, para que haja uma comunicação efetiva e sem barreiras;

*Ao realizar as técnicas, como palpação obstétrica, mensuração da altura uterina, ausculta dos BCF, e todas as outras técnicas, orientar a gestante sobre a finalidade de cada uma, para que ela participe do procedimento e saiba o que está sendo feito;

2) Desconfortos comuns durante a gestação

As modificações fisiológicas que ocorrem no organismo da gestante são inevitáveis, temporárias e presentes em todas as gestantes, em diferentes graus (CARVALHO, 2007).

Devido a essas modificações, podem surgir desconfortos que, na maioria das vezes, não requer tratamento médico. Porém, é necessário esclarecer as gestantes através de orientações tranquilizadoras, pois muitas não conseguem avaliar a gravidade de um sintoma específico. Além disso, grande parte das queixas pode ser solucionada com condutas simples, incluindo orientações de autocuidado (BURROUGHS, 1995).

As queixas da gestante devem ser interpretadas corretamente, e quando surgirem doenças clínicas mais complexas, a mesma deverá ser encaminhada ao Pré-Natal de Alto Risco.

-Náuseas com ou sem vômitos e sialorréia (salivação excessiva):

*Explicar que são sintomas comuns no início da gestação, devido a alterações hormonais, diminuição do peristaltismo e fatores emocionais;

*Evitar a ingestão de líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos;

*Adotar uma dieta fracionada (comer com maior frequência e em pequenas quantidades para evitar estômago vazio ou cheio demais);

*Evitar alimentos fritos, gordurosos, com tempero forte ou que formem gases;

*Ingerir alimentos sólidos antes de se levantar pela manhã, como bolachas de água e sal, ou torradas;

*Ingerir alimentos gelados;

*Se os vômitos forem frequentes, a gestante deve ser encaminhada para consulta médica, pois podem provocar distúrbios metabólicos, desidratação, perda de peso, tontura, sonolência e desmaio (BRASIL, 2012).

-Pirose (azia):

*Adotar uma alimentação fracionada;

*Evitar café puro, chá preto, frituras, mates, doces, alimentos gordurosos, e muito condimentados, pois irritam a mucosa gástrica;

*Evitar álcool e cigarro;

*Agendar consulta médica para possível prescrição de medicamento antiácido (BRASIL, 2012);

*Não usar bicarbonato de sódio, pois promove retenção hídrica e também diminui a absorção de ferro, podendo favorecer o aparecimento de anemia (CARVALHO, 2007).

-Fraquezas e desmaios:

*Evitar inatividade e mudanças bruscas de posição, aglomerações, ambientes;

*Adotar uma alimentação fracionada e evitar jejum prolongado;

*Recomendar a gestante que quando sentir-se mal, deitar em decúbito lateral esquerdo ou sentar com a cabeça abaixada, respirando profunda e pausadamente (BRASIL, 2012).

-Dor abdominal, cólicas, flatulência (gases) e constipação intestinal:

- *Verificar se as dores não se tratam de contrações uterinas;
- *Adotar uma alimentação rica em fibras, como frutas laxativas e com bagaço, verduras cruas, legumes, cereais integrais;
- *Aumentar a ingestão de água e evitar alimentos de alta fermentação, como repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;
- *Praticar caminhadas, movimentação e estabelecer horários para evacuação, para regularização do hábito intestinal (BRASIL, 2012);

-Hemorróidas:

- *Evitar e tratar a constipação intestinal adotando dieta anticonstipante (rica em fibras);
- *Realizar higiene perianal com água e sabonete neutro após a evacuação, e quando não for possível utilizar papel higiênico macio e sem cheiro;
- *Realizar banhos de vapor ou compressas mornas na região perianal;
- *Se a gestante sentir dor e houver sangramento anal persistente, agendar consulta médica (BRASIL, 2012).

-Corrimento vaginal:

- *Orientar que o aumento do fluxo vaginal (corrimento) é comum na gestação;
- *É prescrito cremes ou pomadas apenas quando é diagnosticada infecção vaginal;
- *Se houver prurido vulvar, irritação, com placas esbranquiçadas aderidas à parede vaginal, é sugestivo de candidíase, e a gestante deve procurar a Unidade de Saúde;
- *Se houver secreção vaginal excessiva, cinza-esverdeada e com odor fétido, é sugestivo de vaginose bacteriana e/ou tricomoníase, e a gestante deve procurar a Unidade de Saúde (BRASIL, 2012).

-Queixas urinárias:

- *Orientar que o aumento da frequência urinária é comum no início e final da gestação devido ao aumento do útero e compressão da bexiga;
- *Mesmo com a frequência urinária aumentada, é importante uma ingestão hídrica adequada;
- *Explicar que é muito importante a realização do exame de Urina tipo I sempre que for solicitado;

*Orientar que qualquer sinal ou sintoma que não seja relacionado à polaciúria (aumento da frequência urinária), como ardência ou dor ao urinar, presença de sangue na urina, acompanhado de febre ou não, a gestante deve procurar a unidade de saúde (BRASIL, 2012).

-Dispneia (falta de ar):

*Explicar que esses sintomas ocorrem devido ao aumento do útero que leva à uma elevação do diafragma, tornando a respiração mais difícil, e também por ansiedade da gestante;

*Recomendar repouso em decúbito lateral esquerdo;

*Estar atenta se estiver associada a outros sintomas, como, tosse, chiado e sibilos;

*Conversar com a gestante e ouvir suas angústias, para aliviar sua ansiedade, sempre que necessário (BRASIL, 2012).

-Mastalgia (dor nas mamas):

*Explicar que a dor nas mamas ocorre devido ao aumento das mamas, desenvolvimento das glândulas e da hipersensibilidade;

*Orientar a gestante sobre o preparo das mamas para a amamentação;

*Orientar sobre a importância de usar sutiã confortável, com boa sustentação e alças mais largas (BRASIL, 2012).

-Lombalgia (dores nas costas):

*Explicar que essas dores ocorrem pela alteração no centro da gravidade da gestante devido ao aumento do útero e pelo ganho excessivo de peso, pois força a musculatura das costas (BURROUGHS, 1995);

*Corrigir a postura ao andar e ao sentar-se;

*Usar sapatos confortáveis e com saltos baixos;

*Aplicar calor nas costas para alívio da dor;

*Usar analgésicos somente com prescrição médica (BRASIL, 2012).

-Cefaleia (dor de cabeça):

*A utilização de analgésicos deve ser feita somente com prescrição médica;

*Orientar para aferir a pressão arterial sempre que sentir dores de cabeça, para afastar a hipótese de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia;

*Conversar com a gestante sobre seus medos, tensões e conflitos;

*Quando a dor persistir, procurar a Unidade de Saúde para avaliação (BRASIL, 2012).

-Sangramento gengival:

*A escovação dos dentes deve ser feita após todas as refeições;

*Orientar sobre o uso de escova de dente macia, e sobre a prática de massagem na gengiva;

*Fazer uso de fio dental

*Agendar consulta odontológica sempre que possível(BRASIL, 2012).

-Varizes:

*Explicar que as varizes ocorrem pelo aumento do útero, que pressionam as veias da região pélvica, e interfere na circulação, surgindo então varizes nos membros inferiores, vulva e pelve (BURROUGHS, 1995);

*Não permanecer muito tempo em pé ou sentada;

*Repousar com frequência, durante vinte minutos, com as pernas elevadas;

*Evitar roupas muito apertadas e, se possível, usar meia-calça elástica para gestante (BRASIL, 2012).

-Câimbras:

*Evitar excesso de exercícios;

*Aplicar calor local e massagem no músculo contraído para aliviar a câimbra;

*Aumentar o consumo de alimentos ricos em potássio, cálcio e vitamina B1 (BRASIL, 2012);

*Usar roupas confortáveis, que não dificultem a circulação;

*Fazer repouso periodicamente com as pernas elevadas;

*Durante episódios de câimbra nos membros inferiores, flexionar os pés, hiperestendendo a panturrilha (CARVALHO, 2007).

-Edema (inchaço):

*Explicar que o inchaço nos pés e tornozelo que aparece ao final do dia, é comum, devido à diminuição do retorno venoso das extremidades inferiores, e que deve diminuir após uma noite de descanso;

*Aumentar os períodos de descanso durante o dia, fazer repouso em decúbito lateral esquerdo e elevação dos membros inferiores quando sentar-se;

*Se o inchaço persistir ou agravar-se pode ser sinal de pré-eclâmpsia, e a gestante deve ser referida para Pré-Natal de Alto Risco para avaliação (BURROUGHS, 1995).

-Estrias:

*Orientar que as estrias podem aparecer nas mamas, abdômen e nádegas devido ao estiramento da pele;

*Não há um método eficiente para prevenção, mas pode-se recomendar a massagem local com uso de óleos ou cremes hidratantes durante todo o período gestacional (BRASIL, 2012).

-Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto):

*Orientar a gestante que as manchas são comuns na gravidez, e que costumam desaparecer ou diminuir, em tempo variável, após o parto;

*Evitar a exposição direta do rosto ao sol, e usar filtro solar diariamente (BRASIL, 2012).

Além de orientar a gestante sobre as modificações e desconfortos comuns que ocorrem durante o período gestacional, o enfermeiro também pode orientar sobre outras modificações normais que surgem no organismo feminino, e que não causam nenhum tipo de dor ou incômodo, como:

*A coloração da vagina e vulva passa de rosada para arroxeadada, também pelo aumento da vascularização – Sinal de Chadwick (BURROUGHS, 1995);

*Aumento da vascularização e tecido elástico da vagina, vulva e períneo, tornando-se mais distensíveis para a passagem do feto (CARVALHO, 2007);

*A aréola alarga-se e fica mais pigmentada – Sinal de Hunter;

*Aparecem elevações pequenas nas aréolas (tubérculos de Montgomery), que são glândulas sebáceas hipertrofiadas que têm a função de lubrificar a aréola;

*Os mamilos ficam maiores, mais pigmentados e mais eréteis logo no começo da gestação;

*O colostro pode aparecer por volta do segundo mês de gestação;

*As veias superficiais da mama se dilatam e ficam mais aparentes devido ao aumento da vascularização – Rede Venosa de Haller;

*Aparecimento de uma linha marrom que vai do monte de Vênus à cicatriz umbilical, por causa da hiperpigmentação da pele – Linha Nigra (CARVALHO, 2007).

3) Importância de uma alimentação balanceada

Uma alimentação adequada durante a gestação garante o bom estado de saúde da gestante e o desenvolvimento normal do feto. Por isso, a gestante deve ser orientada sobre como manter-se saudável, através de uma alimentação balanceada e que forneça todos os nutrientes que o feto precisa para crescer e desenvolver, e acerca do ganho de peso adequado.

A gestante deve ser orientada sobre a importância de ingerir alimentos dos três grupos principais:

1- Proteína: é um elemento construtor, forma e renova tecidos corporais como a pele, cérebro, órgãos internos, glóbulos sanguíneos, hormônios e anticorpos. Forma grande parte das células do feto em desenvolvimento e também a placenta. As principais fontes de origem animal-leite e derivados, ovos, carnes, aves, peixes, vísceras. E as principais fontes de origem vegetal-leguminosas (feijão, ervilha, lentilha, grão-de-bico), cereais integrais (milho, trigo) (CARVALHO, 2007).

2- Carboidratos e lipídios: alimentos energéticos e que devem ser usados moderadamente, pois o excesso leva à obesidade. Fornecem energia para atividades físicas e funcionamento dos órgãos internos. Principais fontes de carboidratos: açúcar, mel, todos os tipos de alimentos doces, cereais (arroz, trigo, milho, aveia, centeio e cevada), farinhas feculentas (batata, mandioca, cará, aipim), pães e massas em geral (macarrão, biscoitos, bolos, pizzas) e ainda frutas e leguminosas. Principais fontes de lipídios: gorduras de origem animal e vegetal, alimentos ou preparações gordurosas (chantilly, maionese, frituras, molhos ou cremes gordurosos, carnes gordurosas) (CARVALHO, 2007).

3- Vitaminas, minerais, água e fibras:

As vitaminas e minerais: regulam o funcionamento normal do organismo e a carência destes prejudica a saúde (CARVALHO, 2007).

-Vitamina A: é importante para o crescimento fetal. Fontes de vitamina A: manteiga, queijo, carne de boi, fígado, óleo de fígado de bacalhau, vegetais verdes com folhas, os vegetais e as frutas amarelas;

-Vitamina D: é produzida quando o corpo é exposto à luz solar. É essencial para a absorção de ferro e para o uso do cálcio e fósforo na formação óssea. Fontes de vitamina D: leite, óleo de fígado de bacalhau, manteiga, queijo, vegetais verdes;

-Vitamina C (ácido ascórbico): é importante para a formação dos tecidos conjuntivos e vascular, diminuindo a susceptibilidade às infecções. Fontes de vitamina C: frutas cítricas, tomate, melão, morango, pimentão, brócolis, repolho, pepino e batata (BURROUGHS, 1995).

Minerais: Cálcio, fósforo e ferro:

-Cálcio: a maior parte do cálcio é adquirida pelo feto no terceiro trimestre, em que é maior o crescimento dos ossos e os dentes estão sendo formados. É importante também para a coagulação sanguínea, contratilidade muscular e manutenção dos batimentos cardíacos. Fontes de cálcio: leite, queijo e vegetais com folhas verdes;

-Fósforo: importante também para o desenvolvimento dos ossos e dentes. Fontes de fósforo: leite, queijo, sorvetes, vegetais verdes folhosos;

-Ferro: essencial para a produção de hemoglobina, que fornece oxigênio para os tecidos maternos e fetais. O Ministério da Saúde recomenda à todas as gestantes, a suplementação de 40mg/dia de ferro elementar, mesmo que os níveis de hemoglobina estejam iguais ou maiores que 11g/dl, ou seja, mesmo na ausência de anemia. A suplementação deve ser feita, pois, mesmo as gestantes saudáveis apresentam uma diminuição das concentrações de hemoglobina durante a gravidez não complicada (BRASIL, 2006). Fontes de ferro: ovos, vegetais com folhas, frutas secas, carne vermelha, fígado, mariscos, legumes, pães e cereais integrais ou enriquecidos. (BURROUGHS, 1995).

A água é importante, pois evita a desidratação e transporta nutrientes para o sangue e tecidos, e leva para fora do corpo os produtos de eliminação (CARVALHO, 2007).

As fibras não são absorvidas pelo organismo, porém é essencial para o funcionamento normal do intestino. Fontes de fibras: vegetais e hortaliças, leguminosas, cereais integrais e bagaços (CARVALHO, 2007).

Cada nutriente tem uma função definida e por isso a alimentação da gestante deve ser equilibrada e variada, contendo diariamente alimentos de todos os grupos e em quantidades adequadas (CARVALHO, 2007).

Sempre que for orientar a gestante sobre alimentação, o enfermeiro deve levar em conta suas preferências e hábitos alimentares e, sobretudo, sua situação econômica (BURROUGHS, 1995).

A gestante vegetariana que complementa sua dieta com leite, queijo e ovos não encontra nenhum problema na obtenção de proteínas, já a gestante que não ingere nenhum

tipo de laticínio ou ovos, requer um planejamento rigoroso para a inclusão de todos os aminoácidos essenciais. Neste caso é importante que o enfermeiro encaminhe a gestante para acompanhamento nutricional (BURROUGHS, 1995).

Orientações à gestante:

*A dieta ingerida deve ser balanceada, contendo todos os nutrientes essenciais, e fracionada em, no mínimo, seis refeições diárias (a cada três horas), sendo, café da manhã, colação, almoço, café da tarde, jantar e ceia. Deve ter em torno de 2000 a 2500 kcal;

*Evitar *fast food*, frituras, alimentos gordurosos, consumo exagerado de doces, chocolates e refrigerantes;

*Ingerir muita água (no mínimo de oito a dez copos/dia) para uma hidratação adequada, prevenir pele seca e constipação intestinal. A água ingerida deve ser sempre filtrada ou fervida;

*Reduzir o consumo de cafeína, que é estimulante, aumenta os batimentos cardíacos, o metabolismo e adiciona estresse ao feto. Também inibe a absorção do ferro e é diurético, podendo levar à perda aumentada de fluídos e cálcio que são necessárias para manter uma gravidez saudável;

*Evitar ingerir bebidas alcoólicas (CARVALHO, 2007).

*Ingestão de sulfato ferroso diariamente, uma hora antes das refeições (BRASIL, 2006).

4)Autocuidado

As orientações à gestante quanto ao autocuidado é uma parte importante da assistência de enfermagem e deve ser assegurado a ela o esclarecimento de todas as dúvidas (BURROUGHS, 1995).

-Vestuário:

*Usar roupas folgadas e leves que não restrinjam a circulação para maior conforto. Adaptar as roupas à medida da evolução da gravidez;

*Pode fazer uso de cinta abdominal própria para gestante ao final da gestação, pois apoia o útero aumentado, alivia a lombalgia e os sintomas de compressão (CARVALHO, 2007).

*Não usar sapatos de salto alto, pois com a progressão da gravidez, o centro da gravidade da gestante desloca-se para frente devido ao aumento do peso, e assim aumenta sua

tendência para quedas. Preferir sapatos confortáveis, com base maior que ajuda a manter o equilíbrio (BURROUGHS, 1995).

-Banho:

*Tomar banhos diários e lavar os cabelos com mais frequência, já que nesse período a gestante soa mais e a pele e cabelos podem tornar-se oleosos pelo aumento da função secretora da pele;

*São permitidos os banhos de banheira durante toda a gestação, pois não há possibilidade da água penetrar na vagina e causar infecções. O banho de imersão também é relaxante, alivia dores musculares, lombalgia e insônia;

*Estar sempre atenta para evitar quedas na banheira ou chuveiro por causa do equilíbrio reduzido no final da gestação (CARVALHO, 2007).

-Cuidados com os dentes:

*Usar escova de dente com cerdas mais macias, pois durante a gestação as gengivas ficam mais vascularizadas, o que favorece o sangramento;

*Manter cuidados dentários de rotina, sempre realizando escovação após cada refeição, e no aparecimento de cáries, pode ser tratado normalmente (BURROUGHS, 1995).

-Atividade Sexual:

*Esclarecer a gestante que é normal a alteração do desejo sexual durante esse período. Pode haver aumento do desejo pela maior congestão sanguínea da vulva (BURROUGHS, 1995).

*A relação sexual pode ser mantida desde que não haja ameaça de abortamento ou parto prematuro, sangramento, dilatação cervical e amniorrexe;

*Adotar posições sexuais mais confortáveis à medida que a gestação evolui (CARVALHO, 2007).

-Viagem e trabalho:

*Durante viagens de carro, utilizar sempre cinto de segurança de três pontos, usados acima e abaixo do abdômen, e não sobre ele (BRASIL, 2012);

*Evitar viagens longas, mas, se for necessário, a cada duas horas de viagem, fazer períodos de descanso de quinze minutos, no mínimo;

*Procurar diminuir os riscos ambientais (químicos, físicos e biológicos), restringindo áreas de insalubridade e periculosidade, e evitar trabalhos que exijam equilíbrio delicado ou mudanças de turnos (CARVALHO, 2007);

*Se a gestante trabalha fora, pode continuar desde que se sinta disposta, evitando a fadiga (BURROUGHS, 1995).

-Bebidas Alcoólicas e Tabagismo:

*Orientar a gestante que o uso de qualquer tipo de bebida alcoólica deve ser interrompido durante a gestação, pois há risco da criança nascer com a síndrome do alcoolismo fetal (crianças com padrão de peso e altura alterados, anomalias faciais como: fenda palpebral pequena, nariz curto e arrebitado, lábios superiores finos e pouco desenvolvidos). Quanto maior o grau de defeitos faciais, maior é a chance de a criança ter problemas psicossociais, comportamentais e neurológicos. Nem todas as mulheres que bebem durante a gestação têm filhos portadores da síndrome, e estudos mostram que a taxa é de 40%;

*Informar a gestante sobre os riscos do alcoolismo e tabagismo, para sua vida e a do seu bebê;

*Informar às mães que fumam que o bebê tem maiores chances de nascer com baixo peso e prematuro. Essas crianças têm maior risco de desenvolver problemas respiratórios, e estudos indicam que os filhos de fumantes têm menor quociente de inteligência (QI), e maior incidência de disfunções cerebrais mínimas, se comparados com os filhos de não fumantes. É comprovado que a nicotina, o monóxido de carbono e o benzopireno do cigarro têm efeitos prejudiciais ao feto, pois atravessam a barreira placentária atingindo o feto;

*O aconselhamento das gestantes que bebem ou fumam, pode ser realizado individual ou coletivamente, através de discussões em grupo. Esse aconselhamento pode ser útil para ajudar a mulher a parar de fumar durante a gestação (BURROUGHS, 1995).

5) Benefícios do aleitamento materno

O pré-natal é o momento ideal para que a gestante receba orientações acerca do aleitamento materno. Quais as vantagens para ela, para o bebê, para a família e sociedade, e ainda, como deve ser o preparo das mamas durante a gestação.

O aleitamento materno traz benefícios tanto para o crescimento e desenvolvimento de bebê, quanto para a mãe e família do ponto de vista biológico e psicossocial (BRASIL, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde, as vantagens para a mãe, para o bebê, para a família e a sociedade são:

-Vantagens para a mãe:

- 1-Fortalecimento do vínculo afetivo mãe-filho;
- 2-Favorece a regressão uterina e previne hemorragias no pós-parto;
- 3-Contribui para o retorno ao peso pré-gestacional;

4-Contribui para o aumento do intervalo entre as gestações.

-Vantagens para o bebê:

- 1-É um alimento completo para o bebê até os seis meses de idade, pois possui todos os nutrientes que ele precisa, e é de fácil absorção e digestão;
- 2-Facilita a eliminação do mecônio e diminui a incidência de icterícia;
- 3-Oferece proteção contra infecções pela presença de anticorpos e de fatores anti-infecciosos;
- 4-Aumenta o vínculo afetivo, promovendo mais segurança ao bebê;
- 5-Colabora na redução da taxa de desnutrição proteico-calórica e, conseqüentemente, para a diminuição dos índices de mortalidade infantil;
- 6-Diminui as chances de desenvolvimento de alergias;
- 7-Apresenta melhor resposta às vacinações e capacidade de combater doenças com mais rapidez.

-Vantagens para a família e sociedade:

- 1-É limpo, pronto e na temperatura certa;
- 2-Diminui as internações e custos;
- 3-É gratuito.

Orientações sobre o preparo das mamas durante a gestação:

De acordo com o Ministério da Saúde, nenhum tipo de mamilo (protuso, plano ou invertido) impede a amamentação. A mulher que possui o mamilo plano ou invertido não contraindica a amamentação, já que durante a mamada o bebê deve abocanhar toda a aréola e não só o mamilo (BRASIL, 2007).

Durante o Pré-Natal devem ser feitas orientações à gestante para que a pele dos mamilos torne-se mais espessa e endurecida para suportar a sucção do bebê durante a amamentação:

*Durante a higienização evitar cremes, pomadas e sabonetes nos mamilos, utilizando apenas água, pois o excesso de sabonete retira a lubrificação natural dos mamilos e causa ressecamento, o que pode levar ao aparecimento de fissuras;

*Friccionar os mamilos suavemente com uma toalha de banho macia por cerca de quinze segundos e uma vez ao dia;

*Realizar banhos de sol nas mamas por aproximadamente dez minutos, uma vez ao dia, até às dez horas da manhã ou após as dezesseis horas (CARVALHO, 2007).

O Ministério da Saúde também faz as seguintes recomendações:

*Usar sutiã com alças mais largas, pois ajuda na sustentação das mamas;

*Não fazer expressão do peito (ordenha) durante a gestação, pois pode estimular contrações uterinas (BRASIL, 2006).

6) Sinais de alerta durante a gestação

É muito importante que em todas as consultas de Pré-Natal a gestante seja orientada sobre os sinais que podem significar risco para a gestação, e na presença de qualquer um deles, deve procurar o serviço de saúde e ser encaminhada para consulta médica com urgência. Os principais sinais de alerta são: sangramento vaginal, perda de líquido vaginal, cólicas abdominais fortes e frequentes, redução da movimentação fetal por mais de doze horas na segunda metade da gravidez, dor ou dificuldade para urinar, edema de face ou membros inferiores e que não melhora com repouso, febre superior a 37,5°C, cefaleia contínua acompanhada de tonturas, que pode indicar elevação da pressão arterial (NAKAMURA e AMED, 2003).

7) Sinais que indicam proximidade do parto

É importante que a gestante saiba quais são os sinais que indicam a proximidade do parto, e que geralmente surgem alguns dias antes do início do trabalho de parto propriamente dito:

*Insinuação: popularmente, refere-se à insinuação como “o bebê desceu”. Acontece quando a cabeça do feto encaixa na pelve materna, aproximadamente duas semanas antes do parto. Ocorre maior facilidade respiratória e aumento da frequência urinária, devido ao aumento da pressão que o feto exerce por estar localizado mais abaixo na pelve. É mais frequente nas primigestas;

*Eliminação vaginal do tampão mucoso: um tampão mucoso (secreção gelatinosa incolor ou branca) desloca-se devido à pressão cervical aumentada, e apresenta raias de sangue, resultante da ruptura de vasos superficiais. É outro indício de que se aproxima o dia do parto;

*Falso trabalho de parto: caracteriza-se por contrações indolores com padrão descoordenado, em que o desconforto aparece somente no abdômen. Não há eliminação do

tampão mucoso. Ocorrem devido à atividade uterina aumentada nas duas ou três semanas finais da gestação. Como as contrações são bem perceptíveis, a mulher costuma procurar o hospital, porém, se não houver dilatação da cérvis (colo uterino) e as contrações pararem, denomina-se então “falso trabalho de parto”, que causa grande ansiedade na futura mãe (BURROUGHS, 1995).

8) Sinais evidentes do início do trabalho de parto

A gestante deve ser esclarecida sobre os sinais que evidenciam o início do trabalho de parto. São eles:

*Ruptura espontânea das membranas amnióticas: é comum ouvir a expressão “rompeu a bolsa d’água”. Pode ocorrer até vinte e quatro horas antes do parto. Inicialmente pode ocorrer um gotejo ou um jorro de líquido. Porém, se o trabalho de parto não se inicia nas próximas horas, os riscos de infecção materna e fetal aumentam (BURROUGHS, 1995);

*Presença de contrações uterinas em intervalos regulares: as contrações ocorrem quando as células do útero contraem-se, e o estímulo propaga-se por todo o útero. É essa força que provoca o nascimento do bebê. Durante o trabalho de parto, a mulher pode primeiro sentir uma dor nas costas, que se irradia para a porção anterior do abdômen (BURROUGHS, 1995). As contrações aumentam progressivamente em termos de frequência e intensidade, e não diminuem com o repouso. No início do trabalho de parto a frequência é a cada vinte minutos, com duração de mais ou menos quinze segundos, e no final de trabalho de parto, ocorrem a cada três a cinco minutos, com duração entre vinte e sessenta segundos (BRASIL, 2006).

*Modificações cervicais: essas modificações no colo do útero incluem o apagamento e a dilatação do colo. O apagamento ocorre quando o colo se encurta e afina. Já a dilatação é o alargamento do orifício cervical, de zero para dez centímetros. Uma dilatação de quatro centímetros é significativa, porque a partir deste ponto, o trabalho de parto geralmente evolui para o final (BURROUGHS, 1995).

Todas essas orientações, acerca dos sinais de alerta durante a gestação, sinais que indicam a proximidade do parto e sinais evidentes do início do trabalho de parto, devem ser realizadas à gestante de forma clara e simples. É preferível que se use termos populares e conhecidos, pois o uso de termos técnicos e científicos pode dificultar seu entendimento.

9) Atividades físicas no período gestacional

Durante a gravidez, a prática de exercícios físicos traz benefícios à saúde da gestante, pois melhora a circulação, digestão, apetite e a função intestinal, além de proporcionar relaxamento e um sono repousante (SANTOS, ZELLERKRAUT E OLIVEIRA, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde devem ser feitas orientações sobre exercícios físicos básicos na assistência Pré-Natal, visto que o preparo corporal e emocional adequados leva à uma vivência mais prazerosa da gestação, e permite que a mulher desfrute plenamente seu parto (BRASIL, 2006).

Se a gestante praticava algum esporte ativo antes da concepção, poderá continuá-lo caso não haja intercorrências na gestação. Mas, se a mulher era sedentária antes da gestação, deve praticar atividades físicas mais leves (CARVALHO, 2007).

Para Carvalho (2007) e Santos, Zellerkraut e Oliveira (2008), os exercícios mais indicados são os realizados de forma rítmica e com baixo impacto, como caminhada, natação, bicicleta ergométrica e aeróbica de baixo impacto.

Ainda segundo Carvalho (2007), esportes como corrida, musculação com peso leve, tênis e ciclismo só devem ser praticados por quem já os praticava antes da gestação.

A gestante deve ser incentivada a praticar atividades físicas leves e também ser orientada sobre a importância da supervisão de profissional capacitado, como um professor de educação física.

Orientações à gestante:

- *Sempre fazer aquecimento antes de cada sessão e relaxamento após o término dos exercícios;

- *Exercitar-se regularmente e com moderação, de três a quatro vezes por semana, com duração máxima de uma hora por aula;

- *Usar roupas leves, que permitam a evaporação do suor e uso de calçados apropriados e sutiãs com alças mais largas que ofereçam uma boa sustentação para as mamas;

- *Não se exercitar em locais com alta temperatura ou umidade;

- *Evitar treinar até a exaustão;

- *Não se exercitar em decúbito dorsal, pois o útero pressiona os vasos sanguíneos, diminuindo o fluxo sanguíneo para a placenta;

- *Não realizar exercícios abdominais;

- *Parar os exercícios se durante a gestação for diagnosticado eclâmpsia, ameaça de trabalho de parto prematuro, história de incompetência cervical, gravidez gemelar ou

desenvolvimento de hemorragia vaginal, contrações uterinas, dor, dispnéia, câimbras ou tonturas (CARVALHO, 2007).