

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**COMPARTILHANDO CONHECIMENTOS  
RUMO A CONSTRUÇÃO DO SABER:  
UMA PROPOSTA ASSISTENCIAL DESTINADA À GESTANTE  
SOB A ÓTICA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FLORIANÓPOLIS**

**AGOSTO / 2002**



**ALESSANDRA SOUZA MACHADO EVANGELISTA  
GABRIELA VENIER ZYTKUEWISZ**

**COMPARTILHANDO CONHECIMENTOS  
RUMO A CONSTRUÇÃO DO SABER:  
UMA PROPOSTA ASSISTENCIAL DESTINADA À GESTANTE  
SOB A ÓTICA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

*Relatório da Prática Assistencial apresentada à  
Disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada  
da VIII UC do Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal de Santa  
Catarina.*

**ORIENTAÇÃO**

**PROF<sup>ª</sup> DR<sup>ª</sup> VERA LÚCIA GUIMARÃES BLANK**

**SUPERVISÃO**

**ENF<sup>ª</sup> CLEUSA ROSÁLIA PACHECO DE SOUZA**

**FLORIANÓPOLIS, AGOSTO DE 2002**

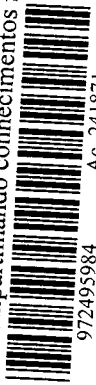
**ALESSANDRA SOUZA MACHADO EVANGELISTA  
GABRIELA VENIER ZYTKUEWISZ**

**COMPARTILHANDO CONHECIMENTOS**

**RUMO A CONSTRUÇÃO DO SABER:**

**UMA PROPOSTA ASSISTENCIAL DESTINADA À GESTANTE  
SOB A ÓTICA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0448  
Autor: Evangelista, Ales  
Título: Compartilhando conhecimentos rumo  
972495984 Ac. 241871  
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM



**BANCA EXAMINADORA:**

**PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> VERA LÚCIA GUIMARÃES BLANK**

**ORIENTADORA**

**ENF<sup>a</sup> CLEUSA ROSÁLIA PACHECO DE SOUZA**

**SUPERVISORA**

**CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0448  
Ex.1**

**PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> ELZA BERGER SALEMA COELHO**



*Riscos...*

*Rir é correr o risco de parecer tolo.*

*Chorar é correr o risco de parecer sentimental.*

*Estender a mão é correr o risco de mostrar seu verdadeiro eu.*

*Defender seus sonhos e idéias diante da multidão*

*é correr o risco de perder as pessoas.*

*amar é correr o risco de não ser correspondido ou de sofrer.*

*Viver é correr o risco de morrer.*

*Confiar é correr o risco de se decepcionar.*

*Tentar é correr o risco de fracassar.*

*Mas os riscos devem ser corridos, porque o maior perigo*

*de não arriscar nada, é não ter nada.*

*As pessoas que não correm nenhum risco, não fazem nada,*

*não tem nada e não são nada.*

*Elas podem até evitar sofrimentos e decepções,*

*mas não conseguem nada, não sentem, não mudam,*

*não crescem, não amam, não vivem.*

*Acorrentadas por suas atitudes, elas viram escravas,*

*privam-se de sua liberdade.*

*E não sabem que somente a pessoa que corre riscos é livre!*

*(Autor desconhecido)*



## AGRADECIMENTOS

À *Deus*, por ser o grande autor de nossa existência e possibilitar a conquista de mais uma etapa em nossas vidas, nos dando força e sabedoria para superarmos todos os obstáculos desta caminhada...

À *Professora Vera Blank*, por guiar nossos passos durante esta jornada, pela disponibilidade e espaço permanente de liberdade na construção deste trabalho e por compartilhar suas experiências e conhecimentos, contribuindo com nosso crescimento profissional e pessoal...

À *Professora Elza*, pela amizade e contribuições propostas durante a realização deste trabalho...

À *Enfermeira Cleusa*, pelo incentivo constante à busca do conhecimento, pela amizade e confiança depositada em nós, pela presença marcante e pelos ensinamentos que, com certeza, nos tornaram pessoas mais maduras. As sementes foram plantadas e as cultivaremos com carinho.

À *todos os funcionários e agentes comunitários do CS Itacorubi*, pela receptividade e apoio na conquista de nossos objetivos...

Às *gestantes e famílias*, pelas inúmeras vivências compartilhadas e possibilidades de enriquecimento mútuo...

*Aos colegas de turma*, por todos os momentos compartilhados, os abraços e as risadas. Talvez alguns partirão, mas com certeza levaremos a saudade e amizades para onde quer que possamos ir...

*À nossas queridas amigas Kelly, Mariléia e Patrícia*, pelo companheirismo, paciência, amizade e cumplicidade nos momentos mais importantes de nossas vidas. Vocês são muito especiais e ficarão eternamente em nossos corações...

*À todos os nossos amigos*, que se fizeram presentes durante toda esta trajetória, obrigada por acreditarem em nossos ideais e deixarem nossas vidas mais alegres...

### *Alessandra e Gabriela*

*À meus pais, Juvêncio e Eva*, pelo incentivo e apoio durante toda esta etapa, por me ensinarem a fazer dos obstáculos, desafios a enfrentar, e por assumirem juntos as minhas responsabilidades, principalmente a de ser mãe. Esta conquista, eu dedico a vocês...

*À minha família*, principalmente minhas irmãs Zelândia e Zenaide, que sempre estiveram presentes sendo fonte de estímulo, amizade e carinho. Amo vocês...

*Ao Marcos*, meu companheiro, cúmplice e amigo, pela compreensão e bom humor nas horas difíceis. Obrigada pela paciência e preocupações, por me fazer enxergar os erros, por me fazer acreditar nos sonhos e por tornar os meus dias, momentos intensos de felicidade e amor. Eu te amo...

*Ao Marcus Vinicius*, meu filho e minha maior lição de vida. Obrigada por deixar a nossa vida mais alegre com teus sorrisos, por me ensinar a perseverar todos os dias e por me ajudar a acreditar na vida. Perdoe as ausências, a mamãe te ama...

*A família do Marcos*, principalmente os pais e irmãos, que durante as ausências se fizeram cuidadores do meu filho, facilitando assim minha dedicação aos estudos...

*Ao novo ser*, que está vindo para completar nossas vidas e nos proporcionar mais amor e alegria. Seja bem vindo...



À *amiga Gabriela*, por compartilhar comigo as dificuldades e alegrias desta caminhada, por compreender minhas limitações, por me ensinar a ser persistente e por ser um exemplo constante de alegria, determinação e amizade.

*Alessandra*

Aos *meus pais, Dalva e Romualdo*, pela cumplicidade durante todos os momentos importantes da minha vida, pelo carinho, amor e confiança em mim depositados, pelas vezes em que abriram mão dos seus sonhos para realizarem os meus, pela compreensão nos momentos em que estive ausente e, por me proporcionarem o orgulho de suas existências. Amo vocês...

À *minha família*, pelo estímulo, respeito, carinho e confiança...

À *minha grande amiga Andreza*, por fazer parte tão significativa na minha vida, por ser uma amiga tão companheira, compreensiva e incentivadora e, por me fazer acreditar que os grandes problemas e obstáculos da vida são pequenos diante de uma verdadeira amizade...

À *minha amiga Alessandra*, por me transmitir muita força, paz, coragem e alegria, por ter se mostrado como uma grande amiga e companheira durante esses anos e, por me ensinar que cada dia de nossas vidas deve ser imensamente vivido, sem pensar no amanhã...

Aos *colegas do HU*, pelo incentivo e apoio constante durante toda a caminhada...

*Gabriela*

## **RESUMO**

Este trabalho trata do relatório final da Prática Assistencial da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, desenvolvido no período de 12 de junho a 09 de agosto de 2002, tendo como local de atuação o Centro de Saúde Itacorubi, no município de Florianópolis. O objetivo constituiu-se em interagir com a equipe de saúde e a comunidade, dentro da Estratégia de Saúde da Família, visando a promoção da saúde através do processo educativo, voltado principalmente à mulher gestante e sua família. Esta prática assistencial teve como alicerce a educação, direcionada ao processo de construção mútua, onde utilizamos, como norteador deste trabalho o referencial teórico de Paulo Freire. Este referencial direcionou todas as nossas ações durante as consultas de enfermagem, visitas domiciliares, grupos terapêuticos, dentre outras. Procuramos dinamizar o envolvimento de todos os participantes, de forma ativa e direta, através da construção de um processo educativo mais saudável e prazeroso, na tentativa de construirmos alternativas para a melhoria da qualidade de vida. Isto nos impulsionou rumo a busca de novos conhecimentos, bem como aprimoramento de outros e a uma compreensão mais humana da enfermagem e da própria vida. Acreditando que o processo de aprendizagem com base nas experiências da comunidade, torna-se o melhor caminho para o alcance de uma visão transformadora, é que nos tornamos motivadas à construir uma assistência voltada as reais necessidades de cada usuário, possibilitando então, o desenvolvimento de ações mais humanizadas.

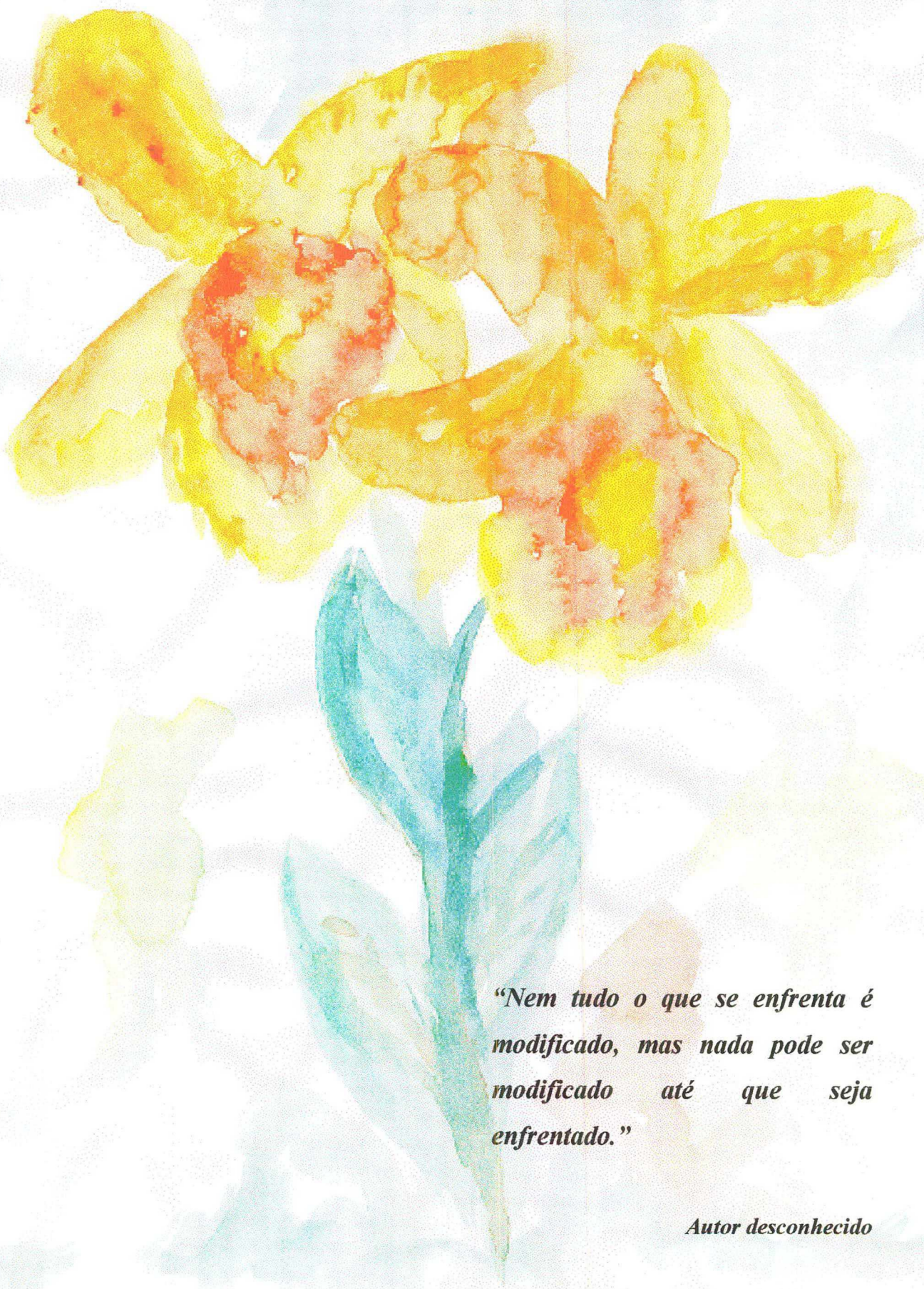


## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>01</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>05</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	05
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO .....	05
<b>3 MARCO CONCEITUAL .....</b>	<b>06</b>
3.1 O EDUCADOR PAULO FREIRE .....	07
3.2 OS PRESSUPOSTOS DE PAULO FREIRE .....	08
3.3 DESCOBRINDO OS NOSSOS PRESSUPOSTOS .....	08
3.4 OS PRINCIPAIS CONCEITOS .....	09
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
4.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	14
4.2 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	16
4.3 O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE .....	19
4.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	21
4.5 VISITA DOMICILIAR .....	22
4.6 GRUPOS TERAPÊUTICOS.....	24
4.7 PROCESSO GESTACIONAL .....	25
<b>4.7.1 Diagnóstico da Gestação .....</b>	<b>26</b>
<b>4.7.2 Cálculo da Idade gestacional e Data Provável do Parto .....</b>	<b>27</b>
4.8 ASPECTOS BIOLÓGICOS DA GESTAÇÃO .....	29
4.9 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL .....	32
<b>4.9.1 Consulta à Gestante .....</b>	<b>32</b>
<b>4.9.2 Primeira Consulta Pré-Natal .....</b>	<b>33</b>
<b>4.9.3 Avaliação da Gestante / Achados e Condutas .....</b>	<b>35</b>
<b>4.9.4 Exames Laboratoriais .....</b>	<b>40</b>
<b>4.9.5 Vacinação Antitetânica na Gestação .....</b>	<b>43</b>
<b>4.9.6 Consultas Subseqüentes .....</b>	<b>44</b>

<b>4.9.7 Desconfortos da Gravidez .....</b>	<b>45</b>
<b>4.9.8 Cuidados Gerais na Gestação .....</b>	<b>54</b>
<b>4.9.9 Preparo das Mamas .....</b>	<b>57</b>
<b>4.9.10 Benefícios do Aleitamento Materno .....</b>	<b>58</b>
<b>4.10 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA GRAVIDEZ NA FAMÍLIA .....</b>	<b>60</b>
<b>4.11 COMPLICAÇÕES NA GESTAÇÃO .....</b>	<b>63</b>
<b>5 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO .....</b>	<b>65</b>
<b>5.1 O BAIRRO ITACORUBI .....</b>	<b>65</b>
<b>5.2 A UNIDADE DE SAÚDE .....</b>	<b>66</b>
<b>5.3 POPULAÇÃO ALVO .....</b>	<b>66</b>
<b>6 METODOLOGIA .....</b>	<b>68</b>
<b>7 RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DOS OBJETIVOS PROPOSTOS</b>	<b>73</b>
<b>7.1 OBJETIVO 1 .....</b>	<b>73</b>
<b>7.2 OBJETIVO 2 .....</b>	<b>76</b>
<b>7.3 OBJETIVO 3 .....</b>	<b>81</b>
<b>7.4 OBJETIVO 4 .....</b>	<b>83</b>
<b>7.5 OBJETIVO 5 .....</b>	<b>86</b>
<b>7.6 OBJETIVO 6 .....</b>	<b>87</b>
<b>7.7 OBJETIVO 7 .....</b>	<b>89</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>91</b>
<b>9 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>93</b>
<b>10 ANEXOS .....</b>	<b>97</b>
<b>11 PARECER FINAL DO ORIENTADOR .....</b>	<b>98</b>





*“Nem tudo o que se enfrenta é  
modificado, mas nada pode ser  
modificado até que seja  
enfrentado.”*

*Autor desconhecido*



## 1 APRESENTAÇÃO

Hoje, o conceito de saúde não se resume apenas a ausência de doenças, e sim a vários outros fatores relacionados a condições de vida, como moradia, emprego, saneamento, eletrificação, água tratada, educação e o acesso aos serviços de saúde. Com isto, o modelo assistencial predominante, caracterizado pela prática “hospitalocêntrica” e pelo individualismo, cede lugar ao modelo voltado à saúde coletiva, propondo uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde.

Para direcionar e gerenciar este novo intuito de assistência à saúde, surge então a necessidade de implantar um programa com o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio.

Segundo a Revista Brasileira de Saúde da Família (2002), o Programa de Saúde da Família (PSF), implantando pelo Ministério da Saúde em 1994, tem como proposta estratégica a reorientação deste modelo assistencial, tendo como pressupostos básicos os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o PSF foge da concepção usual dos programas tradicionais concebidos no Ministério da Saúde, pois não trata-se apenas de uma intervenção pontual no tempo e no espaço e, tampouco, de forma vertical ou paralela às atividades rotineiras dos serviços de saúde. Ao contrário, objetiva a integração e a organização das atividades em um território definido, com um propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas a mudanças radicais no sistema, de forma articulada. Busca a humanização das práticas de saúde, a satisfação do usuário e o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania expressando, portanto, a qualidade de vida. Para tanto, o PSF não se constitui em uma proposta paralela na organização dos serviços de saúde e sim, numa estratégia de substituição e reestruturação do modelo vigente, onde concretiza o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais da saúde, agentes comunitários de saúde e a população.



Sob esta ótica, a estratégia de Saúde da Família visa não somente o atendimento às “queixas” da clientela, mas também a detecção dos fatores de risco à saúde, os determinantes das doenças e principalmente, a luta contra a desinformação, que é seguramente um grande gerador das desigualdades tão salientes em nosso meio. A estrutura dos serviços então passa a ser organizada visando o cliente e não apenas às facilidades para as equipes ou o sistema de saúde. A equipe de saúde, neste novo contexto, passa a ter compromissos importantes: entender a família e o seu espaço social como núcleo básico da abordagem e não mais o indivíduo isoladamente, promover a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização do serviço e da produção social de saúde, bem como prestar assistência de boa qualidade.

A estratégia de Saúde da Família tem como função a prestação de assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. Este acompanhamento contínuo se dá através de ações executadas nas áreas prioritárias da Atenção Básica à Saúde, que são: Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Controle da Hipertensão, Controle do Diabetes Mellitus, Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase e Saúde Bucal, bem como, a Saúde do Adulto em sua totalidade.

De acordo com o NOAS 01/2001 (Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde), as ações da Saúde da Mulher tem como responsabilidades: prevenção do câncer de colo uterino; planejamento familiar; assistência pré-natal e prevenção dos problemas odontológicos em gestantes. Dentre estas responsabilidades, optamos por desenvolver um plano assistencial voltado à gestante e sua família, englobando atividades de acompanhamento do pré-natal, contemplando, deste modo, medidas que promovem o bem estar e a saúde desta gestante, bem como a do seu conceito. Estas atividades relacionadas à gestante durante o pré-natal, são preconizadas e desenvolvidas dentro desta estratégia e podemos citar como principais, as seguintes ações: diagnóstico da gravidez, cadastramento de gestante no primeiro trimestre, classificação de risco gestacional desde a primeira consulta, suplementação alimentar para gestantes com baixo peso, acompanhamento de pré-natal de baixo risco, vacinação anti-tetânica, avaliação do puerpério, realização ou referência para exames laboratoriais de rotina, atividades educativas para promoção da saúde e alimentação e análise de sistema de informação.

A escolha do tema, deu-se ao fato de acreditarmos que a atenção primária merece atenção especial, pois é na comunidade que se torna possível enfatizar o processo de prevenção e promoção da saúde, e buscar melhorias nas condições de vida do indivíduo.

É no ambiente onde este indivíduo está inserido que podemos avaliar suas reais necessidades e potencialidades e junto, construímos medidas que possibilite a adequação do processo

saúde-doença à sua realidade. Consideramos ainda que todas as pessoas têm direito e são capazes de escolher o caminho mais apropriado para promover, manter e recuperar sua saúde e que, as atitudes e comportamentos são decorrentes de conhecimentos, experiências, valores, crenças, emoções, além das condições materiais de vida e de trabalho.

Adaptando esta realidade à opção de trabalhar a prática educativa em saúde coletiva e de acordo com a nossa vivência acadêmica, torna-se para nós um desafio estimular a educação em saúde, pois observamos que a assistência prestada nas instituições públicas de saúde não tem um caráter educativo emancipador, pois ainda está fortemente centrada na atenção curativa e no atendimento chamado “queixa-conduta”. Nesse modelo, ainda quando se propõem atividades chamadas participativas, particularmente a formação de grupos, sua organização prevê prioritariamente aulas em forma de palestras, praticamente inexistindo espaço para outras manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais. Além disso, nestas atividades ditas educativas, está presente a idéia de que a doença se deve, principalmente, à falta de cuidado e ao desleixo da população com a saúde, deixando a “vítima” com sentimento de “culpa” pelo problema que apresenta. Diante desta realidade e tendo como alicerce da prática assistencial a educação, direcionada ao processo de construção mútua, utilizamos, como norteador do nosso trabalho, o referencial teórico de Paulo Freire, cujos pressupostos defendem a idéia de que “o ato de educar deve ser um gesto coletivo e solidário, no qual ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho” (FREIRE, 1986, p.78).

O desenvolvimento de ações assistenciais com cunho educativo, tendo como enfoque à mulher gestante, está relacionado ao nosso conhecimento prévio que a gravidez provoca mudanças físicas e emocionais muito intensas à mulher, levando ao desencadeamento de sensações como medos, dúvidas, curiosidades e fantasias, e que por estes motivos ela, bem como sua família, necessitam ser ouvidos, compreendidos e inseridos no processo de gestação, atuando como protagonistas e tendo autonomia para decidir sobre suas condutas. Com isto, conseguimos, através do intercâmbio de experiências e conhecimentos, construir uma relação mais aberta, onde o diálogo mais franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção tornam-se mais aguçados, possibilitando o envolvimento tanto dos profissionais quanto da clientela, neste processo único e singular da geração de uma nova vida.



Traçamos então, como principal objetivo da nossa prática assistencial, a promoção da saúde comunitária visando prioritariamente a gestante e sua família, onde resgatamos a construção do saber a partir do processo educativo e dinamizamos o envolvimento de todos os participantes, de forma ativa e direta, no desenvolvimento de ações voltadas à melhoria da qualidade de vida. Esta prática assistencial teve como cenário o Centro de Saúde do bairro Itacorubi, no município de Florianópolis, no período de 12/06/2002 a 09/08/2002, obedecendo a carga horária mínima de 220 horas/aula por acadêmica, conforme estabelecido na disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- ❖ Interagir com a equipe de saúde e a comunidade, dentro da estratégia de Saúde da Família, visando a promoção da saúde através do processo educativo, voltado principalmente à mulher gestante e sua família.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Interagir com a equipe saúde da família;
- ❖ Construir uma relação de troca com a mulher gestante e sua família, na tentativa de conhecer sua realidade existencial;
- ❖ Incentivar a participação das mulheres gestantes nas consultas de pré-natal;
- ❖ Desenvolver atividades educativas com as gestantes, família e equipe de saúde da família envolvidos no processo gestacional, com intuito de promover a saúde;
- ❖ Identificar e encaminhar gestantes de alto risco;
- ❖ Colaborar com a rotina assistencial da unidade de saúde desenvolvendo atividades de assistência de enfermagem;
- ❖ Buscar aprimoramento profissional.





*"Dei-me um ponto de apoio e  
moverei o mundo."*

*Autor desconhecido*

### 3 MARCO CONCEITUAL

O marco conceitual tem como objetivos dar direção para melhor conduzir o processo de cuidar e educar. Para Monticelli & Silva (1997, p.2),

*O marco conceitual é uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de inter-relação entre vários conceitos que o compõem. No campo da prática de enfermagem, o marco conceitual deve permear todos os momentos desta prática, atuando como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o cliente, além de proporcionar uma organização para a reflexão e interpretação do que está sendo vivenciado.*

Segundo Minayo (1993, p. 92),

*(...) toda a construção teórica é um sistema cujas vigas mestras estão representadas por conceitos. Os conceitos são as unidades de significado que definem a forma e o conteúdo de uma teoria. Podemos considera-los como operações mentais que refletem certo ponto de vista da realidade, pois focalizam determinados aspectos dos fenômenos, hierarquizando-os. Desta forma, eles se tornam em caminho de ordenação da realidade, de olhar os fatos e as relações e, ao mesmo tempo, um caminho de criação.*

A utilização de um marco conceitual ou teoria está sempre presente na ação humana, por mais rudimentar que seja, mesmo quando o sujeito não tem consciência deste fato ou não consegue expressá-lo. “Esta teoria, quando está conscientemente introjetada e criticada no exercício da ação, torna-se refletida pela conscientização” (BRITO, 1996, p.37).

Com o intuito de aprender as questões educativas que compõe o papel do enfermeiro na busca de uma prática de ação e reflexão voltada para transformação da realidade, optamos por Paulo Freire como referencial teórico. Esta escolha se deu por acreditarmos no processo educativo, em que o saber se constrói junto, através do desvelamento da nossa realidade existencial, tornado-nos mais críticos e conscientes para que possamos lutar para conquistar nossos direitos e nosso espaço, mudando e transformando esta realidade vivida, ou seja, a sociedade.

### 3.1 O EDUCADOR PAULO FREIRE

*Paulo Reglus Neves Freire, conhecido no Brasil e no exterior apenas como Paulo Freire, nasceu em Recife, PE, em 19 de setembro de 1921. Filho de Joaquim Temístocles Freire, sargento do exército, e de Edeltrudes Neves Freire, dona de casa e bordadeira. Começou a aprender a leitura da palavra, orientado pela mãe, escrevendo palavras com gravetos das mangueiras, à sombra delas, no chão do quintal de sua casa. Já residindo em Jaboatão, cidade vizinha de Recife, aos treze anos de idade, experimentou a dor da perda de seu pai. Conheceu o prazer de conviver com os amigos e conhecidos, que foram solidários naqueles tempos difíceis. Sentiu o sofrimento quando viu sua mãe, precocemente viúva, lutar para sustentar a si e a seus quatro filhos. Fortaleceu-se com o amor que entre eles aumentou por causa das dificuldades que juntos enfrentaram, sofreu a angústia devido às coisas perdidas e às provações materiais, espantou-se com o crescimento de seu corpo, mas sem deixar que o menino o abandonasse definitivamente, permitiu que o adulto fosse conquistado espaço em sua existência. À medida que via seu corpo crescer, sentia também sua paixão pelo conhecimento aumentar. Ainda em Jaboatão, Paulo concluiu a escola primária e realizou seus estudos secundários no Colégio Oswaldo Cruz, em Recife. Aos 22 anos de idade, ingressou na Faculdade de Direito do Recife. Optou pelo curso de Direito por estar dentro da área de ciências humanas, pois naquela época não havia curso superior de formação de educador em Pernambuco. Antes de ter concluído seus estudos universitários, casou-se em 1944, com a professora primária Elza Maria Costa Oliveira, com quem teve cinco filhos. “Nesta época, tornou-se professor da língua portuguesa no colégio Oswaldo Cruz”. (GADOTTI, 1996, p.28)*

*Em fins de 1959, prestou concurso e obteve o título de Doutor em Filosofia e História da Educação, o que lhe assegurou a nomeação de professor efetivo da faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, da universidade do Recife. O método de alfabetização teve origem no Movimento de Cultura Popular do Recife, o primeiro que se fez no Brasil, na aurora dos anos 60, tempo em que pela única vez alguma educação no Brasil foi criativa, e sonhou que poderia servir para libertar o homem. Lavradores do Nordeste foram os primeiros homens a viverem a experiência nova do “círculo de cultura”. Foram os primeiros a serem alfabetizados de dentro para fora, através de seu próprio trabalho. Os resultados obtidos com a aplicação do método (300 trabalhadores, alfabetizados em 45 dias), foram surpreendentes, tanto que decidiu-se aplicar o método em todo território nacional, com o apoio do Governo Federal. Não houve tempo para passar das primeiras experiências para os trabalhos de amplo fôlego com a alfabetização de adultos. Com o golpe militar de 1964, educadores foram presos e trabalhos de educação condenados. Paulo Freire foi um dos primeiros educadores presos, e depois exilados, foi para o Chile com a família, juntamente com o sonho e o método. Retornou em 1980, com a anistia política do Governo Figueiredo, e junto vieram também suas principais obras: “Educação como Prática da Liberdade” e “Pedagogia do Oprimido”. Paulo Freire faleceu no dia 02 de maio de 1997, em São Paulo. Foi um “pensador comprometido com a vida, não pensava idéias, pensava existência” (FREIRE, 1978, p. 21), sendo também um verdadeiro educador, comprometido com o homem, a sua liberdade e a possibilidade deste “ser mais”. (BRANDÃO, 1981, p. 17)*

### 3.2 OS PRESSUPOSTOS DE PAULO FREIRE

Segundo FREIRE apud SIQUEIRA (1998, p. 27), o processo de educar baseia-se em alguns pressupostos:

- ✓ “Ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho”.
- ✓ “Ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar possibilidades para sua construção”.
- ✓ “Ensinar exige respeito aos saberes dos educandos”.
- ✓ “A educação para ser verdadeiramente humanística deve ser libertadora”.

### 3.3 OS NOSSOS PRESSUPOSTOS

Baseado nos pressupostos de Paulo Freire e em Zampieri (1998), construímos nossos pressupostos que conduzirão nossa prática assistencial voltada à gestantes dentro da estratégia de Saúde da Família:

- ✓ A enfermagem é uma profissão do cuidado, onde o processo educativo é uma dimensão inerente a ele.
- ✓ O educar e o cuidar são construídos no cotidiano acadêmico por uma prática relacional que assume um sentido terapêutico ao associar ciência e arte, razão e sensibilidade.
- ✓ O processo de educação acontece sob a influência das interações entre a gestante, sua família, a equipe de saúde, a sociedade, o ambiente e a instituição onde procuram o cuidado.
- ✓ A gestante deve tornar-se o sujeito do processo da gravidez e os profissionais de saúde devem auxiliá-la a perceber suas próprias potencialidades e dificuldades, capacitando-a a tomar decisões e a buscar alternativas que permitam vivenciar a gestação de forma tranqüila, saudável e feliz.



✓ A enfermeira não deve unicamente transferir seus conhecimentos à gestante, mas sim juntamente com ela, construir novos conhecimentos, a partir da realidade, oportunizando o crescimento e a transformação dos envolvidos.

### 3.4 OS PRINCIPAIS CONCEITOS

Os conceitos são unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria, operações mentais que refletem certo ponto de vista a respeito da realidade, focalizando determinados fenômenos (MINAYO, 1996, p. 96).

Para permear o trabalho educativo e conduzir nossa prática assistencial, buscamos alguns conceitos de educação baseados no referencial pedagógico de Paulo Freire e alguns conceitos relacionados à enfermagem descritos por Zampieri, Grupo de Ensino do Departamento de Enfermagem da UFSC e Constituição Brasileira de 1988.

***HOMEM**<sup>1</sup>: Segundo Freire (1993), homem é um ser comprometido capaz de sair de seu contexto, de distanciar-se dele para ficar com ele; capaz de admirá-lo para, objetivando-o, transformá-lo e, transformando, saber-se transformado pela sua própria criação; um ser que é e está sendo no tempo que é seu, um ser histórico. É entendido como ser inconcluso..., capaz de atuar e refletir, que exatamente pela capacidade de refletir, de atuar, operar, de transformar a realidade de acordo com finalidades propostas, se torna um ser de práxis.*

A nossa prática assistencial, tem como referência o ser humano mulher/gestante dentro de seu âmbito familiar e social, o que significam para nós, seres humanos únicos, diferentes, singulares, com suas crenças, valores e expectativas, necessidades e estilos, e histórias de vida. As gestantes são seres que passam por várias modificações físicas, psicológicas, sociais e espirituais, adquirindo novos papéis, além de mulher, filha, esposa/companheira, tornam-se mães.

---

<sup>1</sup> Para Paulo Freire, o homem corresponde a todo ser humano, seja ele, homem, mulher, adolescente, criança...

**DIÁLOGO:** *Para Freire, o diálogo é entendido como importante componente do processo educativo. “É o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos, endereçado ao mundo a ser transformado e humanizado”. (FREIRE apud ESMERALDINO, 1999, p. 26). O diálogo é fundamentado pelo amor ao mundo e aos homens a humanidade, a fé, e a confiança nos homens que devem existir antes mesmo que o diálogo se instale, a esperança de ser mais e o pensar verdadeiro/crítico, pois sem ele não há comunicação e sem esta não há verdadeira educação. (FREIRE, 1981, p. 79, 91). Freire ressalta ainda que o diálogo é uma relação horizontal permeada por três virtudes: o respeito aos educandos, não somente enquanto indivíduos, mas também enquanto expressões de uma prática social, o escutar as urgências e opções do educando e a tolerância que é a “virtude de conviver com o diferente para poder ligar o antagônico”.*

Considerando o processo gestacional – de modificações e aquisições de novos papéis - o ser humano mulher/gestante necessita compartilhar suas experiências e conhecimentos, ser ouvida, orientada e compreendida. Para que o processo de educação e conscientização se torne efetivo, é necessária a determinação de comunicação compreensível, pois a partir do diálogo que se estabelece uma relação de confiança e troca, entre gestante, acompanhante e enfermeira, expressando o pensamento de Freire, que diz que no trabalho de ensinar e aprender, há sempre “educadores-educandos” e “educandos-educadores”, ambos ensinam e aprendem. (BRANDÃO, 1981, p.24).

É através do diálogo que as gestantes podem expressar suas expectativas, dúvidas, sentimentos, dificuldades e experiências, bem como passam a adquirirem novas experiências nesta relação de troca. Sem comunicação, não há educação. O processo de educação torna-se então, mútuo, pois a efetiva compreensão da problemática a partir do diálogo, reflete na orientação consciente, acerca de uma nova experiência que a gestante vive.

**EDUCAÇÃO:** *Educação é percebida como um processo de caráter permanente, dinâmico e inacabado de descoberta, no qual o homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Uma educação que perceba que não há saber nem ignorância absoluta. Uma educação em que o educador se coloque na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo. A educação deve ser um ato coletivo e solidário no qual ninguém educa ninguém e ninguém educa sozinho. (FREIRE, 1986, p. 78)*

O processo educativo é resultado de uma construção coletiva que envolve a gestante, sua família e a equipe de saúde, onde a enfermeira assume um importante papel de educadora. Pensando nisto, acreditamos que a educação se dá a partir das experiências vividas, onde a construção deste processo educativo pode acontecer através da reflexão e do compartilhamento de experiências e conhecimentos, ligados á gravidez. Esta experiência torna-se enriquecedora para a gestante, que passa a trocar experiências e aprender com outras gestantes; enriquecedor para a família, que tem a oportunidade de esclarecer suas dúvidas e passar a entender melhor o processo vivenciado pela gestante; e enriquecedor para a enfermeira, que adquire novas experiências e conhecimentos que influenciam no seu crescimento pessoal e profissional.

**FAMÍLIA:** *“Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de interesse e/ou afetividade. A família reafirma sua identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns, influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive num ambiente de interação com outras pessoas, famílias, grupos e instituições (escola, centros de saúde), em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo de seus membros e do seu próprio processo de viver com o grupo”.* (GAPEFAM<sup>2</sup>)

Destacamos a importância do conhecimento deste conceito, uma vez que o processo gestacional por si apenas já é uma extensão ou construção de uma família. Torna-se importante termos em mente como se dá a extensão familiar, quais os membros que compõe uma família, relacionado à compreensão da gestante, pois estes adquirem importante papel no processo de educação, sendo que o meio familiar em que a gestante vive influencia no seu modo de agir, de pensar, de sentir e, conseqüentemente, de viver. Quando compreendemos o que é família, sabemos como trabalhar com esta, em benefício do bem estar e educação da gestante no meio em que vive, uma vez que na saúde pública, o indivíduo deixa de ser o

---

<sup>2</sup> GAPEFAM – Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação em saúde da família, vem atuando desde 1985, formado por professores, alunos de graduação e pós-graduação de enfermagem e enfermeiros do Hospital Universitário.

objeto do cuidado e o bem estar da família como um todo passa a ser o objetivo das ações coletivas.

**AMBIENTE:** *“Refere-se ao contexto interno do ser humano, ao micromundo onde está inserido e ao macromundo com o qual interage, que o influencia e o transforma. O ambiente representa as dimensões micro e macro do seres humanos com todos os fatores sócio-político-econômico-cultural que os influenciam; o contexto interno e social e relações existentes. É o espaço físico, emocional, cultural, político, econômico, social, religioso, os quais compõem o contexto onde se dá as interações, transações e o processo educativo. É o contexto onde se troca, partilha-se, cresce-se, cria-se e recria-se todas as dimensões físicas, emocionais, espirituais e culturais do ser humano”.* (ZAMPIERI, 1998, p. 65)

O ambiente, enquanto sistema aberto, influencia e determina o comportamento dos seres humanos, envolvidos no processo educativo. É o espaço no qual as pessoas relacionam-se, crescem e desenvolvem-se, criando e recriando, fazendo suas próprias histórias. O ambiente inclui o ambiente interno da clientela e sua família e da enfermeira, o ambiente do próprio grupo e o ambiente externo, que se estende também à sociedade.

**ENFERMAGEM:** *É uma profissão a serviço do ser humano (indivíduo, família e grupos sociais) que exige um corpo de conhecimentos próprios, sistematizados cientificamente, a ser utilizado na promoção, proteção e recuperação da saúde. Deve atuar em todos os níveis de organização dos serviços de saúde e considera fundamental a atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar para o adequado resultado assistencial. (Documento Grupo de Ensino apud REIBNITZ, 1989, p.114)*

A enfermagem é uma profissão que promove a saúde, previne a doença e nesta proposta, restabelece a saúde da gestante e sua família, uma vez que os profissionais de enfermagem, ao compartilharem experiências e conhecimentos, ajudam as gestantes a desenvolverem potencialidades, estimulando-as ao auto-cuidado e enfrentamentos das situações de estresse e dificuldades decorrentes da gravidez. Este processo se dá, principalmente quando ocorre uma atuação multiprofissional e interdisciplinar no atendimento à gestante e sua família, promovendo a melhoria da assistência prestada.

**SAÚDE:** “É direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas, que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.(Brasil, 1988, art. 196)

*Segundo Collière (1989), saúde é a dimensão de vida – biológica, afetiva, psíquica, social e espiritual – partilhada entre os seres humanos, resultante de comportamentos de cuidados vivenciados nas ações do educar pela mobilização das capacidades de auto e hetero cuidado, que permitem à vida continuar a desenvolver-se.*

O conceito de saúde pode ser percebido de forma diferente pelos envolvidos no processo saúde-doença, afinal cada indivíduo possui suas próprias crenças, valores e estilos de vida. A saúde então torna-se para nós um processo dinâmico, onde a gestante e sua família buscam o equilíbrio com o meio que estão inseridos, onde o viver de forma mais saudável implicará na possibilidade dos envolvidos desenvolverem suas potencialidades, criando, decidindo e agindo nos enfrentamentos e tornando-se protagonistas dos momentos vivenciados.

Este marco de referência conceitual torna-se norteador do processo educativo com gestantes e suas respectivas famílias, objetivando compreender melhor esta clientela, auxiliando-os na vivência deste fenômeno e, em co-participação com ela, ampliar os conhecimentos sobre o processo de ser e de viver a gestação.





*“A educação é percebida como um processo de caráter permanente, dinâmico e inacabado de descoberta, no qual o homem deve ser o sujeito de sua própria educação.”*

*Paulo Freire*

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Desde os meados dos anos 70, gestou-se um movimento de redemocratização no interior do setor saúde, denominado Movimento Sanitário, no qual Vaitsman (1989, p. 153) define-o como “um movimento que reúne intelectuais, profissionais da área da saúde, organizações e associações, tendo como valor universal o que só pode ser concretizado através da reformulação do sistema, para atingir a universalização e equidade”. Para tanto, o movimento apresenta um conjunto de propostas políticas e técnicas que se consubstanciam enquanto uma “Reforma Sanitária”.

Contudo, as propostas produzidas pelo Movimento Sanitário, baseadas no entendimento da saúde como direito social e universal a ser garantido pelo Estado, foram entusiasticamente defendidas e tiveram sua consagração em 1986, no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, conformando o projeto de Reforma Sanitária Brasileira que teve como eixo: a instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado; a compreensão da determinação social do processo saúde e enfermidade, através do conceito ampliado de saúde; e a reorganização do sistema de atenção com a criação do Sistema Único de Saúde. (GIOVANELLA & TEIXEIRA, 1996, p.180)

A reforma sanitária deve ser entendida como um processo político e democratizador da saúde conquistado pela sociedade e que exige transformações jurídico-legais, administrativas e operativas no sistema de atenção à saúde.

*A Reforma Sanitária e o SUS, conforme concebidos na Constituição e na Lei, trazem todas as diretrizes de uma necessária e profunda Reforma do Estado, conferindo-lhe responsabilidade reguladora dos serviços de saúde no interesse público acima de qualquer outro, novas formas de gestão dos órgãos governamentais, nova relação entre as três esferas do governo, nova relação os setores públicos e privado, descentralização responsável, controle técnico e social,*

*eficiente controle de desperdícios, integração entre Saúde Pública e Assistência Médico-Hospitalar e uma lógica que parte das necessidades da população sob a ótica epidemiológica social e de incorporação de tecnologias, enfim, um novo modelo assistencial.”(Brasil, CONASS 1998, p.9)*

A Constituição Brasileira, ao ser promulgada em 1988, definiu o Brasil como um *Estado democrático de Direito*, onde determina como Lei: *saúde é direito de cada cidadão e é dever do Estado, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e a recuperação da saúde da população...* (Constituição, 1998, artigo 201). Consolidou-se, então, a implantação e implementação do Sistema Único de Saúde expresso na Lei n.º 8.080 de setembro de 1990 e pela Lei n.º 8.142 de dezembro do mesmo ano, estabelecidos pela Constituição.

O Sistema Único de Saúde, conforme determinado pelo Ministério da Saúde em 1990, é uma nova formulação política e organizacional para o redimensionamento dos serviços e ações de saúde estabelecidas pela Constituição do Brasil. Organiza-se através de seus princípios e diretrizes, previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

É considerado um sistema único porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o Território Nacional, sob responsabilidade das três esferas do Governo: Federal, o qual lidera o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e é responsável pela formulação, coordenação e controle da política nacional de saúde. Estadual, que coordena as ações da saúde do estado, elabora o Plano Estadual de Saúde, corrige distorções existentes, induz os municípios ao desenvolvimento das ações, controla, avalia e executa apenas as ações que os municípios não forem capazes de executar. Municipal, o qual programa, executa e avalia as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum.

De acordo com a Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Dos princípios e Diretrizes, Art. 7), a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios e diretrizes:

**Universalidade** – *garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a todo e qualquer serviço de saúde, seja ele público ou contratado pelo Poder Público.*

**Equidade** – *garantia de acesso de qualquer pessoa em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com a necessidade que o caso requeira. Assim a garantia de que as ações coletivas serão dirigidas por prioridades ampla e publicamente reconhecidas.*

**Integralidade** – *refere-se tanto ao homem quanto ao sistema de saúde, reconhecendo-se que cada qual se constitui numa totalidade. Assim, cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade; as ações de saúde se constituem em um todo, não podendo ser compartimentalizadas; as unidades*

*constitutivas dos sistema configuram também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral.*

**Regionalização e hierarquização** – os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade crescentes, tanto a nível ambulatorial e hospitalar, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição a ser atendida, com acesso a todo tipo de tecnologia disponível.

**Resolutividade** – é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência.

**Descentralização** – é entendida como uma redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis do governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto, com isso reforçando também o poder Municipal sobre a saúde, que é o que se chama municipalização da saúde.

**Participação dos cidadãos** – é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação dos políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local.

**Complementaridade do setor privado** – a Constituição define que quando for necessário, é possível contratar serviços privados, por insuficiência dos setor público.

A criação de um incentivo concreto para dedicação exclusiva ao serviço público de saúde, a união multiprofissional em trabalho de equipe e a participação do estado no cuidado com a saúde da população são requisitos importantes para os enfrentamentos dos problemas encontrados na implementação prática das diretrizes do SUS.

#### 4.2 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

No campo das políticas públicas, através de reformas administrativas, o setor saúde tem-se destacado com propostas de mudanças, através de políticas que reorganizam a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde, tentando delinear um novo modelo, oferecendo serviços, propondo ações, modificando instrumentos gerenciais e forçando novos modelos de gerenciamento.

No entanto, nos deparamos com inúmeras dificuldades na operacionalização da equidade e integralidade da assistência em saúde, principalmente pela falta de um modelo assistencial que contemplasse a incorporação dessas novas responsabilidades do setor saúde, contempladas pelos princípios e diretrizes do SUS. A concretização destes princípios requer, entre outros aspectos, a estruturação de um novo modelo assistencial, cujo foco de atenção não seja dirigido somente ao tratamento das doenças, mas contemple os determinantes das



condições de saúde de uma dada população. (REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2002, p.53)

Passados alguns anos após as conquistas constitucionais, surge então uma nova proposta de ação para a saúde. {Esboça-se um novo programa público que elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços e compromissos de co-responsabilidades entre os profissionais de saúde e a população,} conhecido como Programa de Saúde da Família.

O PSF é a estratégia prioritária das políticas públicas do Ministério da Saúde. Segue os princípios do SUS, portanto constitui-se como uma estratégia fundamental ao nível de atenção primária que é o pilar mais importante do SUS.

A estratégia preconizada pelo programa “(...) visa à reversão do modelo assistencial vigente, sendo alcançados seus objetivos da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios” (BRASIL, 1997, p.10)

O modelo elege a família como o principal objeto de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. A atuação, que agora é feita em “[...] equipe passa a ter uma delimitação geográfica, por ser neste espaço a construção de relações intra e extrafamiliares boas e ruins e onde ocorre a luta pela melhoria das condições de vida”. (BRASIL, 1997, p. 11) }

Não é uma ação focada nos pobres, muito embora seja necessário tratar de forma diferente os diferentes e a prática integral é uma das suas características mais fortes. Politicamente é mais ousado por romper com os muros das já enraizadas unidades de saúde, possibilitando e forçando os profissionais de saúde a estenderem suas ações extramuro, percebendo a realidade e as necessidades do meio onde as pessoas e famílias vivem, trabalham e se relacionam.

Esta modalidade de atenção, muito embora seja rotulado como programa, por suas especificidades, está longe da concepção usual dos demais programas propostos e desenvolvidos até então em nosso país, propondo intervenções de forma paralela e não vertical às atividades públicas já desenvolvidas. Não sendo essencialmente vertical, ou seja, de cima para baixo e, permitindo frente aos reais problemas do indivíduo, família e comunidade, dando ênfase na atenção básica sem prejuízo das demais formas de ação. A participação comunitária é a nova estratégia que possibilita a “[...] integração, favorece a organização das atividades em um território definido tendo como propósito estimular o enfrentamento e resolução dos problemas identificados”. (Brasil, 1997, p.8)

Segundo o Ministério da Saúde (apud Esmeraldino, 1999, p. 18), a compreensão do PSF só é possível em contraposição ao modelo vigente, o qual busca transformar e superar, através da mudança do objeto de atenção, a forma de atuação e organização geral dos serviços. O quadro a seguir faz comparação entre os dois modelos:

<b>MODELO VIGENTE</b>	<b>PSF</b>
Centra a atenção na doença	Centra a atenção na saúde
Atua exclusivamente sobre a demanda espontânea	Responde à demanda espontânea de forma contínua e racionalizada
Ênfase na medicina curativa	Ênfase na integralidade da assistência
Trata do indivíduo como objeto de ação	Trata o indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade
Baixa capacidade de resolver os problemas de saúde	Otimização da capacidade de resolver os problemas de saúde
Saber e poder centrado no médico	Saber e poder centrado na equipe
Geralmente limitada à ação setorial	Promover a ação intersetorial
Desvinculação dos profissionais e serviços com a comunidade	Vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade
Relação custo-benefício desvantajosa	Relação custo-benefício otimizada.

(Ministério da Saúde, 1996)

A unidade de saúde da família nada mais é, que uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. } Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, que deve assegurar a referência e a contra-referência para os diferentes níveis do sistema, do mais simples ao maior nível de complexidade.

As unidades de saúde da família correspondem aos estabelecimentos denominados, pelo Ministério da Saúde, de centros de saúde. Já os estabelecimentos denominados postos de saúde, poderão estar sob responsabilidade e acompanhamento de uma unidade de saúde da família.

A unidade de saúde da família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade, e pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4500 pessoas.

Para conhecer a realidade econômica/social na área de abrangência, as equipes de saúde deverão realizar o cadastramento das famílias, através de visitas aos domicílios, segundo a definição da área territorial preestabelecida para a adscrição. Nesse processo, serão identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas.

A partir da análise da situação local e de seus determinantes, os profissionais e gestores possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas. O cadastramento possibilitará que, além das demandas específicas do setor saúde, sejam identificados outros determinantes para o desencadeamento de ações das demais áreas da gestão municipal, visando a contribuir para uma melhor qualidade de vida da população.

É recomendável que a equipe de uma unidade de saúde da família seja composta de, no mínimo, por um médico e um enfermeiro de família ou generalistas, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde ( ACS – 1 ACS para cada 150 a 200 famílias). }  
}

#### 4.3 O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS)

Antecedendo o PSF, foi institucionalizado no Brasil entre 1991 e 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado inicialmente nas regiões norte, nordeste e centroeste do país, com a finalidade de redução dos problemas de morbidade e mortalidade da população e reorganização dos serviços públicos como peça importante para a organização do serviço básico de saúde dos municípios pela sua

atuação como elo de ligação entre comunidade e unidade de saúde e, atividade de mobilização da população para o cuidado da saúde, em atividades básicas de promoção e prevenção.

O PACS foi também um braço auxiliar na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde. Entretanto não foi apenas o fato de ter definido essa estratégia de implantação que fez do programa um instrumento de reorganização do SUS, mas também o grau de articulação que esse desenvolveu com os diferentes níveis do sistema (estadual e municipal), além do papel desempenhado pelos atores participantes do processo de implementação do programa (agentes e comunidade). Esse processo se consolidou em março de 1994, quando o mecanismo de financiamento do PACS se inseriu no pagamento por procedimento operado Pelo SUS. Cabe então, assinalar que o êxito do PACS impulsionou a formulação do PSF.

A partir de 1996, o PSF começa a ter uma integração melhor com o PACS, o que aponta então para uma fusão dos dois programas.

O agente comunitário deve residir na própria comunidade em que trabalha, constituindo um elo de ligação entre comunidade e unidade de saúde. Atende aos moradores em sua casa, dando orientações, sugestões, apoio... e buscando alternativas para enfrentar situações problemáticas junto com a comunidade.

O agente comunitário não trabalha sozinho, faz parte do sistema de saúde local e atua como uma ponte entre a comunidade e os serviços de saúde disponíveis em seu município.

Para ser agente comunitário de saúde, basta ter acima de 18 anos; saiba ler e escrever; deve residir na comunidade há pelo menos dois anos e ter bom entrosamento com a mesma; ter disponibilidade de tempo integral.

Para ser admitido, o ACS se submeterá a uma prova escrita e uma entrevista, sendo então avaliado por sua experiência e por sua participação em ações comunitárias. Os ACS selecionados, recebem pelo menos um salário mínimo, que provém em parte do governo federal, mas também dos governos estaduais e municipais.

O treinamento dos ACS ocorre no próprio município, através do Pólo de Capacitação, sendo responsável pela capacitação um enfermeiro que também acompanha a atuação dos agentes, e reorienta as ações de acordo com as necessidades constatadas.

#### 4.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

“A Educação em saúde é uma tentativa, através do qual se utilizam as mais variadas experiências e recursos, para levar os indivíduos a atitudes e práticas que redundem em benefício de seu bem estar, família e comunidade”. (MOSQUERA et STOBBAUS, 1983, apud CORSO & SCHEWERZ).

A prática educativa em saúde não é uma proposição recente. Na Europa, desde o século XVIII, eram elaborados almanaques populares visando difundir cuidados “higiênicos” a serem praticados por gestantes, incentivo para o cuidado com as crianças e medidas de controle das epidemias. Houve sempre uma tendência em estruturar as ações educativas no sentido de ampliar informações da população em geral sobre as principais doenças, enfatizando inúmeras recomendações sobre comportamentos “certos” ou “errados”, relacionados à vivência das doenças e à sua prevenção.

Ao longo do tempo, podemos observar diversas formas de interpretar e explicar a ocorrência das doenças, que influenciam também a forma de se estruturar as intervenções no âmbito da educação em saúde. Apesar disso, a organização das ações educativas, ainda na atualidade, demonstra fragilidade na sua operacionalização aliada à falta de discussão mais aprofundada sobre os referenciais teóricos mais adequados para sua estruturação, nos diferentes modelos assistenciais adotados.

Associado a esse aspecto, destaca-se a vigência predominante, nos serviços brasileiros de saúde, de um modelo assistencial que privilegia as ações curativas e centra-se no atendimento médico, segundo uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença. Esse panorama revela que a assistência à saúde prestada nas instituições públicas não tem um caráter educativo emancipador. Dessa maneira, as práticas educativas servem para mediatizar a dominação exercida pelos serviços de saúde, já que se limitam ao simples repasse de informações para a população sobre determinados procedimentos, com caráter coercitivo, onde se evidencia um traço autoritário e prescritivo, apesar da intencionalidade expressa de difusão de informações visando a melhoria da qualidade de vida.

A interação comunicativa também é prejudicada em decorrência das diferenças sociais e culturais dos profissionais universitários e alguns segmentos da população, encontrando-se uma prática a partir de ordens, ao invés de conselhos argumentados. Com isso, o distanciamento torna-se ainda mais acentuado e as barreiras parecem intransponíveis. É importante destacar também, o quanto os profissionais desvalorizam os momentos



educativos no seu processo de trabalho, reconhecendo como intervenção somente a realização de procedimentos complexos, que utilizam equipamentos com algum grau de sofisticação tecnológica.

Atualmente, a educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado com a criação de vínculos entre a ação em saúde e o pensar e fazer cotidiano da população. Neste sentido, a educação e saúde podem contribuir para o conhecimento do processo saúde/doença. Pois, este conhecimento permite ter uma maior compreensão da saúde/doença dos indivíduos, famílias e comunidade, principalmente para a melhoria da sua qualidade de vida, para um viver mais saudável.

#### 4.5 VISITA DOMICILIAR

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), a visita domiciliar (VD) é um instrumento de trabalho das equipes de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, cuja finalidade precípua é subsidiar a promoção da saúde, a prevenção de agravos e realizar condutas terapêuticas no domicílio quando o cidadão não puder ir até o serviço, desde que o seu dano não exija tratamento hospitalar. Tem como intuito subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações que visem a promoção de saúde da coletividade.

Com a realização da visita domiciliar, o profissional passa a conhecer a realidade existencial a qual o cliente está inserido, bem como suas relações familiares, possibilitando ter uma visão mais ampla do seu modo de vida, pois o modo de viver das pessoas tem uma relação direta com a maneira que adoecem. Isto implica em uma assistência mais personalizada, pois a partir do conhecimento das condições de vida, torna-se mais fácil elaborar um plano de ação voltado as necessidades da clientela.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), os pressupostos que orientam a visita domiciliar são:

- *para ser considerada uma VD, tal atividade deve compreender um conjunto de ações sistematizadas, que se iniciam antes e continuam após o ato de visitar o usuário no domicílio;*

- *sua execução pressupõe o uso de técnicas de entrevista e observação sistematizada;*
- *a realização da VD requer um profissional habilitado e com capacitação específica;*
- *a relação entre o profissional e o usuário deve estar pautada nos princípios da participação, da responsabilidade compartilhada, do respeito mútuo e da construção conjunta da intervenção no processo saúde-doença.*

Para que a visita domiciliar consiga alcançar os objetivos e as expectativas traçadas, deve compreender algumas etapas de organização, que são:

a) Planejamento: inicia-se com a seleção das visitas, segundo os critérios estabelecidos pela equipe de saúde; a definição dos objetivos que irá orientar a entrevista com o usuário e a observação do domicílio e; a captação de informações relacionadas ao usuário obtidas através do prontuário e do relato dos profissionais que tenham tido contato com algum membro da família, permitindo a seleção dos dados essenciais aos objetivos da visita;

b) Execução: ao chegar ao domicílio o profissional deve identificar-se e expressar de maneira informal e com clareza os objetivos da visita. Realizar a observação sistematizada da dinâmica da família e no caso de coleta de dados explicar o motivo da anotação e destacar o caráter sigiloso do registro;

c) Relatório: ao retornar à unidade, o profissional deve elaborar um relatório escrito sobre a visita e anexá-lo ao prontuário do cliente. O objetivo deste relatório é permitir que a equipe tenha acesso às informações e possibilitar a continuidade da assistência à família. Este relatório deve ser claro, sintético, objetivo e possuir uma sequência lógica, tornando possível uma análise precisa das necessidades da família;

d) Avaliação: é através da avaliação que a equipe estabelecerá os próximos passos da assistência à família visitada e também, para que o profissional possa verificar se os resultados obtidos foram de encontro com objetivos traçados no planejamento.

A visita domiciliar além de ser um instrumento de acompanhamento das famílias, torna-se também um meio para aproximação dos usuários aos serviços de saúde. Por esse motivo é que a sua realização torna-se responsabilidade de todos os membros da equipe, não

sendo apenas obrigação do agente comunitário de saúde, apesar desta ser sua principal atividade.

Na prática, esse contato dos profissionais de saúde com as famílias nos domicílios significa um retorno do cuidado mais humanizado, dirigido e baseado nas reais necessidades do cidadão, dando mais aderência às condições de vida dos mesmos.

#### 4.6 GRUPOS TERAPÊUTICOS

Poucos estudos se têm realizado e documentado sobre o desenvolvimento de grupos terapêuticos, talvez isso se de ao fato de se tratar de uma nova prática na saúde comunitária, onde requer novos campos de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitude. Todavia, Santos (2001) diz que:

*“a estratégia de utilização de grupos terapêuticos como um recurso de promoção à saúde, se constitui como um instrumento capaz de contribuir com a construção de novas práticas interdisciplinares na assistência integral à saúde dos cidadãos. A dinâmica do processo grupal possibilita a aproximação dos diversos conhecimentos com o seu objeto, o homem.” (p.26)*

Vizzolto et all (1995), caracteriza grupo como:

*“um conjunto de pessoas que interagem, em função de objetivos, cooperativamente aceitos, onde a participação de cada um se traduz no pensar com o outro, no ouvir o outro, no aceitar as possibilidades, reconhecer as limitações existentes em si e nos outros, no respeito, no agir e no crescer com o outro.” (p.09)*

*“O grupo permite ao homem, através do requisito da solidariedade grupal, o processo de superação física e psicológica de um nível individual para o grupal, e deste para um outro mais amplo, o social. O usuário (e também o profissional de saúde) tem no espaço grupal a oportunidade de desenvolvimento da sua cidadania e da consciência do direito à saúde e, ao seu tratamento como algo de responsabilidade e conquista não apenas individual, mas de construção social e política.” (SANTOS, 2001, p.33)*

Zimerman apud Santos (2001), na discussão sobre o tema, apresenta os requisitos que caracterizam um grupo, alguns dos quais estão abaixo sintetizados:

1. O grupo não se resume ao somatório de indivíduos, constitui-se como uma nova entidade com leis e mecanismos específicos;
2. Os integrantes dos grupos estão reunidos em torno de uma tarefa para o cumprimento de objetivos comuns;
3. O tamanho do grupo deve adequar-se à condição de comunicação visual, auditiva, verbal;
4. Deve ser estabelecido um enquadre (*setting*) e o cumprimento das combinações nele feitos;
5. O grupo é uma unidade que deve organizar-se a serviço de seus membros, ao mesmo tempo em que estes deverão assim se portar em relação ao grupo;
6. As identidades individuais de cada componente do grupo devem ser preservadas;
7. O grupo necessita de uma coordenação, para que a integração seja mantida.

A proposta de trabalho com grupo terapêuticos leva-nos à reflexão sobre o modelo de assistência à saúde e ao enfrentamento de grandes desafios. Esta pressupõe a disponibilidade e a aprendizagem da convivência para o desenvolvimento das interações entre os profissionais que compõem o grupo de trabalho, e desses com os pacientes entre si, a fim de estabelecer um vínculo, em torno do qual, se constituirá o grupo para promoção da saúde.

#### 4.7 PROCESSO GESTACIONAL

O início de uma nova vida humana ocorre quando uma célula sexual madura da mulher une-se a uma célula sexual madura do homem. Essa união de duas células sexuais é chamada concepção ou fertilização. A célula fertilizada transforma-se em um feto que cresce no interior do útero materno até que esteja maduro o suficiente para sobreviver fora do seu corpo, sendo então expelido pelo processo chamado nascimento ou parturição.

“Gravidez é o período transcorrido entre a concepção e o nascimento, durante o qual o feto se desenvolve dentro do útero, também chamado de período de gestação ou processo gestacional”. (BETHEA, 1982, p. 33)

A gestação é uma transição que faz parte do desenvolvimento humano, tornando-se um episódio crítico no ciclo evolutivo da mulher devido ao desencadeamento de alterações

profundas, cujas repercussões vão se sentir na área física, psíquica e social.. “É uma experiência humana complexa, que extrapola a dimensão biológica e envolve a mulher em sua totalidade. Tem um caráter individual, já que cada mulher vivencia de forma única este evento” (ZAMPIERI, 1998, p. 52).

#### 4.7.1 Diagnóstico da Gestação

A gestação produz muitas alterações físicas na mulher. Algumas dessas alterações são discretas e podem não ser percebidas facilmente, enquanto que outras são acentuadas e podem não ser somente óbvias, mas também incomodativas. Muitas dessas alterações ou sintomas também podem estar presentes em outras condições além da gravidez, por isso faz necessário realizar precocemente o diagnóstico da gestação para que a mulher receba acompanhamento especializado, já nas primeiras semanas de gestação.

De acordo com Bethea (1982, p. 34), os sinais e sintomas comumente observados durante a gestação, são classificados presuntivos, probabilidade e positivos.

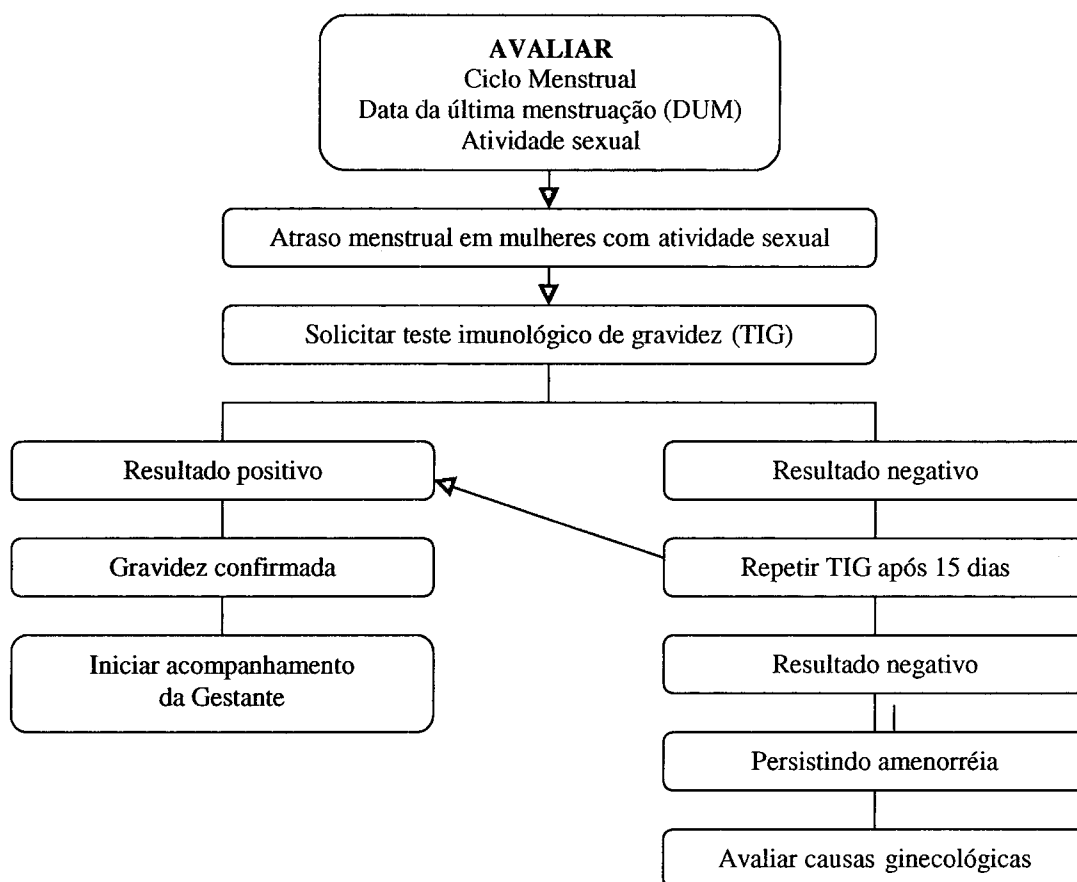
**Sinais Presuntivos:** surgem precocemente, porém não constituem evidência confiável de diagnóstico positivo de gravidez, pois em alguns casos são considerados manifestações de distúrbios orgânicos. Os principais sinais e sintomas são: amenorréia (cessação da menstruação); náuseas; vômitos; alterações da mama como aumento de volume, peso, sensibilidade e sensação de formigamento; pigmentação principalmente da face (cloasma gravídico) e do abdome (linha nigra) e, polaciúria (aumento da frequência urinária).

**Sinais de Probabilidade:** aparecem também nos primeiros meses de gestação e são percebidos mais facilmente pelo examinador. Os sinais prováveis da gestação, que o examinador deve procurar durante a realização do exame físico e ginecológico, na busca da confirmação da gravidez, são: coloração azulada ou púrpura da vulva e parede interior da vagina (sinal de Chadwick); amolecimento do colo uterino e da vagina, ambos estão relacionados ao aumento do aporte sanguíneo; rebote que consiste no retorno do feto contra os dedos do examinador ao ser empurrado através da vagina e abdome; percepção do amolecimento do segmento inferior uterino através do toque vaginal e a palpação abdominal concomitante (sinal de Hegar).



**Sinais Positivos:** são indicadores confirmatórios da gravidez, onde podemos citar o diagnóstico laboratorial e a ausculta dos batimentos cardiofetais.

O diagnóstico laboratorial da gestação é baseado no encontro do hormônio gonadotrófico coriônico na urina ou no sangue materno, sendo que o exame do sangue da mulher permite o diagnóstico precoce da gravidez, pois esta pode ser confirmada dez dias após a sua fecundação, ou seja, quatro dias antes da falha menstrual. Em geral, nas unidades básicas de saúde é realizado o exame de urina após duas ou três semanas do atraso menstrual. De acordo com Ministério da Saúde, o diagnóstico da gravidez é realizado conforme os passos citados:



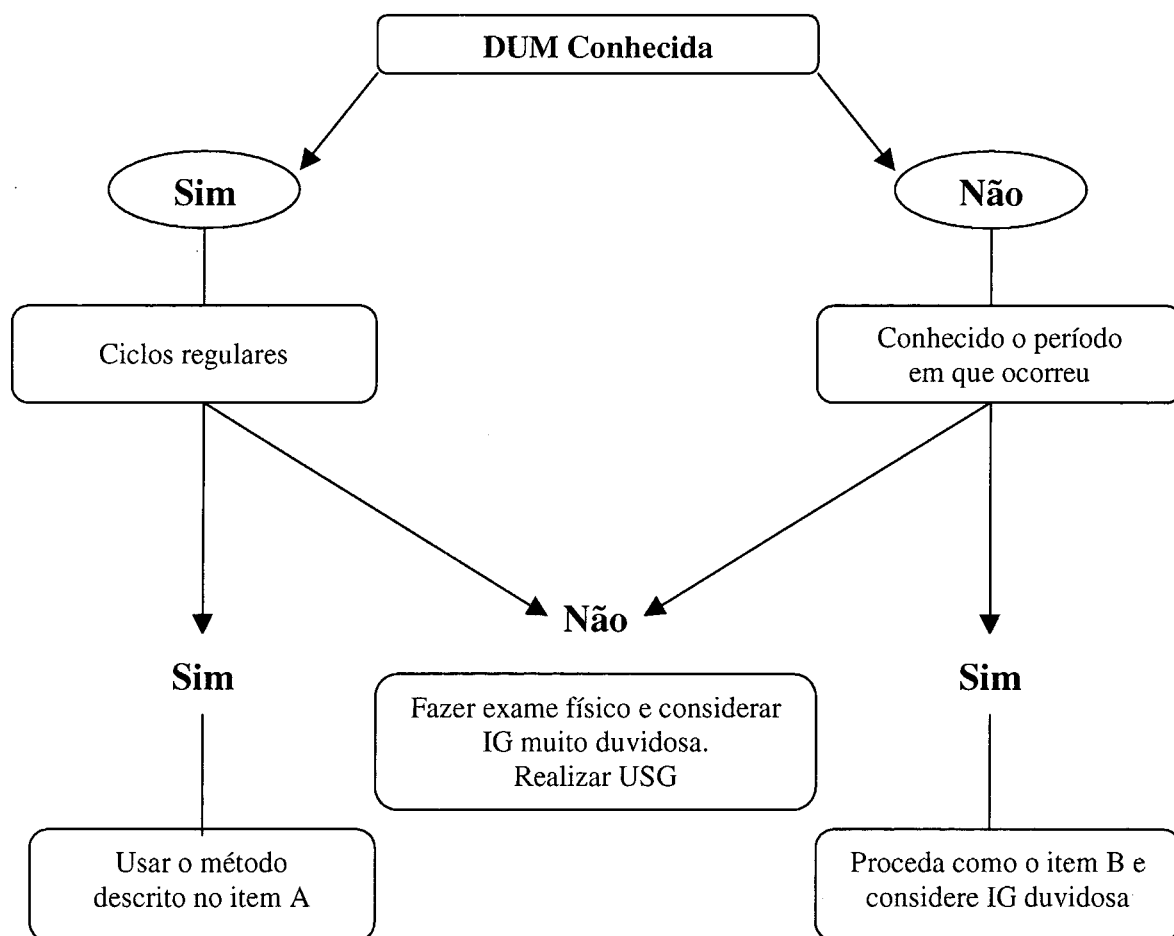
#### 4.7.2 Cálculo da Idade Gestacional (IG) e Data Provável do Parto (DPP)

O método recomendado pelo Ministério da Saúde leva em consideração a data da última menstruação (DUM) ser conhecida ou não pela mulher.

Calcula-se a DPP tomando por base o fato de a gravidez normal durar, em média, 280 dias ou 40 semanas a partir da DUM. De acordo com o Ministério da Saúde, o cálculo da IG difere-se com o conhecimento ou não da DUM:

**Item A:** quando a DUM é conhecida: 1) somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e adicionar nove meses ao mês em que ocorreu a última menstruação, ou 2) uso do calendário: contar o número de semanas a partir do 1º dia da DUM para se obter a IG atual em cada consulta, e a DPP corresponde ao final da 40ª semana.

**Item B:** quando a DUM é desconhecida; se o período foi no início, meio ou fim do mês, considerar como DUM os dias 5, 15 e 25, respectivamente; proceder então, à utilização de um dos métodos descritos no item A.



Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos, proceder o exame físico: medir a altura uterina e posicionar o valor encontrado na curva de crescimento uterino. Verificar a IG correspondente a esse ponto. Assinalar com interrogação na ficha perinatal e no cartão da gestante. A medida da altura uterina não é a melhor forma de calcular

a idade gestacional. Deve ser associada ao toque vaginal e a data de início dos movimentos fetais. Utilizar a altura uterina mais o toque vaginal, considerando os seguintes parâmetros:

- Até a 6ª semana não ocorre alteração do tamanho uterino;
- Na 8ª semana o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
- Na 10ª semana o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;
- Na 12ª semana enche a pelve de modo que é palpável na sínfise púbica;
- Na 16ª semana o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
- Na 20ª semana o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
- A partir da 20ª semana existe relação aproximada entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, esse parâmetro torna-se menos fiel, à medida que se aproxima o termo.

#### 4.8 ASPECTOS BIOLÓGICOS DA GESTAÇÃO

A mulher durante o período gestacional sofre algumas alterações biológicas, pois o seu organismo, a partir do momento da fecundação, passa a ser exigido duplamente, de um lado a gestante com suas necessidades básicas e do outro o feto, que precisa fundamentalmente da mãe para poder desenvolver-se e chegar até o nascimento.

Segundo Carvalho (1990, p.33), as principais alterações biológicas da gestação estão relacionadas aos aparelhos cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, urinário, genital e tegumentar, além das alterações hematológicas, mamária e nutricional. As características relacionadas as mudanças desses aparelhos e sistemas, encontram-se citadas abaixo:

***Aparelho Cardiovascular:*** o volume de sangue aumenta cerca de 30%; com isto, o coração tem que circular maior quantidade de sangue através da aorta, cerca de 50% a mais por minuto; ocorre um aumento da pressão venosa nos membros inferiores, pela compressão parcial da veia cava, pelo útero aumentado de volume e, em parte, devido ao aumento da resistência que o fluxo sanguíneo encontra nas extremidades inferiores ao juntar-se ao fluxo proveniente do útero; a frequência cardíaca em repouso aumento cerca de dez batimentos por minuto; o trabalho máximo do coração é ao final do segundo trimestre, tendo uma leve

diminuição nas últimas semanas de gestação e sofrendo um aumento imediatamente após o parto; o coração é deslocado para cima devido ao aumento do volume uterino, isto resulta em alterações da frequência cardíaca em determinados decúbitos; ocorre também um pequeno aumento do coração, podendo surgir um sopro sistólico na base, alterações do ECG e uma hipercinesia cardíaca (batimentos cardíacos mais fortes); pode haver palpitações nos primeiros meses de gestação, isto devido aos transtornos do sistema simpático e, ao final da gravidez, à pressão intra-abdominal do útero extremamente aumentado.

***Aparelho Respiratório:*** ocorre uma elevação do diafragma dificultando a respiração, isto ocorre pelo útero aumentado, porém não interfere na diminuição da capacidade dos pulmões, pois ocorre expansão da caixa torácica no sentido antero-posterior; há um aumento da frequência respiratória e da quantidade de ar movimentada em cada ciclo, resultando numa ligeira baixa de gás carbônico (CO<sub>2</sub>) do sangue; pode ocorrer hiperventilação (aumento da frequência respiratória, volume corrente e volume minuto) devido ao maior consumo de oxigênio e produção de gás carbônico pelo feto.

***Aparelho Gastrointestinal:*** ocorre uma alteração fisiológica em todo o aparelho; a diminuição do peristaltismo, devida principalmente ao efeito da progesterona sobre a musculatura lisa, podendo provocar retardo do esvaziamento gástrico e no trânsito intestinal, o que pode levar a náuseas e constipação; além da pirose, que é provocada pelo refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago, decorrente do peristaltismo ineficiente.

***Aparelho Urinário:*** ocorre um grande aumento do fluxo sangüíneo nos rins, cerca de 30% a 50%, obrigando estes a filtrar maior quantidade de sangue; a musculatura lisa dos ureteres sofrem a ação da progesterona, diminuindo o peristaltismo e ocasionando dilatação, particularmente do lado direito, em parte pela pressão exercida do útero aumentado.

***Aparelho Genital:*** ocorre hiperplasia e hipertrofia de todo o aparelho reprodutor feminino; o útero aumenta quatro vezes em comprimento e cerca de um quilo no peso, devido ao alongamento e engrossamento das fibras musculares; o colo amole preparando-se para a dilatação do trabalho de parto; ocorre aumento da vascularização, modificando a coloração genital de rosada para violácea, e do tecido elástico da vagina, tornado-se mais flexível para a passagem do feto; aumento da produção de secreção mucosa devido a hiperatividade das glândulas endocervicais; aumento do glicogênio no epitélio vaginal, promovendo o



desenvolvimento do lactobacilo e, conseqüentemente, o aumento da acidez vaginal, o pH ficando em torno de 3,5 a 6. O aumento de secreção não deve ser confundido com corrimento patológico.

**Aparelho Tegumentar:** pode ocorrer o aparecimento de estrias nas mamas, abdome, nádegas, provavelmente pelo estiramento da pele, devido ao depósito de tecido adiposo nessas áreas. A hiperpigmentação da pele ocorre principalmente na região do umbigo, onde surge uma linha negra iniciando no monte de Vênus e indo até o umbigo e, em muitos casos há o aparecimento de manchas de cor castanhas, conhecidas também como cloasma, estando relacionadas a hipertrofia do córtex das glândulas supra-renais. A hiperatividade das glândulas sudoríparas, sebáceas e dos folículos pilosos, o que pode resultar num aumento das substâncias excretadas por estas glândulas.

**Alteração Hematológica:** ocorre elevação dos leucócitos, variando entre 6.00 a 12.000/mm<sup>3</sup>, chegando a 25.000 durante o trabalho de parto; o nível de fibrinogênio aumenta em 50% por influência do estrógeno e da progesterona.

**Alteração Mamária:** ocorre alargamento e pigmentação das aréolas e surgem inúmeras elevações, chamadas de tubérculos de Montgomery devido a hipertrofia das glândulas sebáceas; por volta do segundo mês ocorre o surgimento de colostro e a hipertrofia dos alvéolos mamários, com aumento dos mamilos e uma maior ereção destes. A hipersensibilidade das mamas é uma característica bem notável no decorrer de toda a gestação.

**Alteração Nutricional:** a ingesta calórica deverá ser suficiente para manter o peso corporal ideal estimado, mais duzentas calorias adicionais por dia, durante os cinco primeiros meses de gestação. O ganho ponderal deverá ficar entre 8 a 12 quilos, distribuídos da seguinte maneira: 1 quilo no primeiro trimestre, 4 quilos no segundo trimestre e 5 quilos no último trimestre. Isto no final da gestação equivale a um feto com 3,5 quilos, uma placenta de 700 gramas, 1 quilo de útero e 1 litro de líquido amniótico. O feto exige uma grande quantidade de ferro, o que obriga, muitas vezes, a gestante receber um complemento férrico.

## 4.9 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A assistência pré-natal implica num acompanhamento minucioso de todo o processo da gestação, implica em envolvimento, compromisso, empatia, respeito à clientela e não se restringe apenas aos aspectos biológicos. Nele devemos estimular o desenvolvimento das potencialidades da gestante e de sua família, para que estes possam assumir o papel de protagonistas do processo de gestação.

### 4.9.1 Consulta à Gestante

Consiste no atendimento prestado à mulher gestante desde a fase inicial da concepção até o término da gestação, buscando atender às necessidades da gestante e sua família, relacionando-os com o contexto biológico, psicológico, social, econômico e cultural, no qual estão inseridos. Os princípios éticos e humanísticos devem ser respeitados pelos profissionais que prestam este atendimento, além de tornarem possível a participação ativa de todos os envolvidos, permitindo que a gestante e sua família possam tomar decisões quanto aos cuidados a serem prestados durante esta fase que antecede o nascimento. A consulta à gestante tem como finalidades:

- Facilitar à gestante e sua família a expressão de seus sentimentos, ansiedades e expectativas em relação ao processo de nascimento (gestação, parto e puerpério), auxiliando-os a compreender a nova situação que estão vivenciando, para que possam melhor decidir a agir;
- Compartilhar conhecimentos e experiências com as gestantes e família, no que se refere às transformações, mudanças de papéis, desconfortos inerentes à gravidez, bem como instrumentalizá-los para os cuidados neste período e prepará-los para a maternidade;
- Identificar, avaliar, analisar e diagnosticar, através de anamnese, exame físico e complementares, os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez e que venham a comprometer o binômio, mãe / feto;
- Propor e discutir medidas, em conjunto com a gestante e sua família, para prevenir e tratar as intercorrências da gravidez, garantindo o bem estar fetal;

- Orientar a gestante quanto aos hábitos de vida (dieta, higiene, esporte, atividades físicas, vestuário, uso de drogas, atividades sexuais, entre outras) e,
- Encaminhar ou referenciar as gestantes, consideradas de alto risco, a serviços de saúde de maior complexidade, para tratar precocemente seus problemas, patologias e necessidades.

O número mínimo de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde é de seis, sendo que a primeira consulta deverá ser realizada o mais precoce possível e as demais deverão ter intervalos de quatro semanas até a 38ª semana gestacional. A partir daí, as consultas passam a ser realizadas quinzenalmente ou semanalmente, até completar o prazo de gestação.

A consulta à gestante deverá ser composta por dados subjetivos (história clínica) e objetivos (provenientes do exame físico geral, específico, obstétrico e complementares). Através da análise desses dados, o profissional terá condições de detectar alterações normais ou patológicas, que possam comprometer a saúde e o bem estar da gestante e do concepto, além de recomendar condutas e fazer encaminhamentos para minimizar ou resolver problemas que surgirem.

#### **4.9.2 Primeira Consulta Pré-Natal**

Ela deve ocorrer o mais precocemente possível e pode ser realizada na unidade básica de saúde ou por meio da visita domiciliar. Nesta consulta, deve ser efetuado um plano de acompanhamento da gravidez, obedecendo o intervalo de quatro semanas até a 36ª semana e, após, e semanalmente.

Nesta ocasião, deve-se realizar a anamnese e exame físico da gestante, conforme roteiro proposto pelo Ministério da Saúde, que segue:

##### **História clínica**

- Identificação (idade, cor, naturalidade, procedência e endereço atual)
- Dados socio-econômicos (grau de instrução, profissão/ocupação, situação conjugal, número e idade de dependentes, renda familiar per capita, pessoas da família que participam da força de trabalho, condições de moradia e condições de saneamento)

- Motivos da consulta (assinalar se foi encaminhada ou se procurou diretamente a unidade, se existir alguma queixa, registrá-la)
- Antecedentes familiares (especial atenção à hipertensão arterial, diabetes, doenças congênitas, gemelaridade, câncer de mama, hanseníase, tuberculose e outros, anotar a doença e grau de parentesco)
- Antecedentes pessoais (especial atenção à hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias, doenças renais crônicas, anemia, transfusões de sangue, doenças neuropsíquicas, herpes e rubéola, alergias, hanseníase, tuberculose e cirurgias, registrando o tipo e a data)
- Antecedentes ginecológicos (ciclos menstruais: duração, intervalo e regularidade; uso de métodos anticoncepcionais: quais, por quanto tempo e motivo do abandono; infertilidade e esterilidade, anotar tratamento; doença sexualmente transmissível, incluir o parceiro; mamas: alteração e tratamento; última data de realização do Papanicolau)
- Sexualidade (início da atividade sexual; desejo sexual; orgasmo; dispareunia; prática sexual nesta gestação ou nas anteriores; número de parceiros)
- Antecedentes obstétricos (número de gestações, incluindo abortos, gravidez ectópica e mola hidatiforme; números, tipos, indicações e local de ocorrência dos partos; números e tipos de abortamentos, se foi feito curetagem; número de filhos vivos; idade na primeira gestação; intervalo interpartal; número e intercorrências dos recém-nascidos; intercorrências nas gestações, partos e puerpérios anteriores; história de aleitamento anterior)
- Gestação atual (data do primeiro dia/mês/ano da DUM, anotar certeza ou dúvida; calcular DPP; data da percepção dos primeiros movimentos fetais; sinais e sintomas da gestação; uso de medicamentos, fumo, álcool e drogas; planejamento da gravidez; esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos nocivos pela atividade ocupacional)

### **Exame físico**

- Geral (determinação do peso e avaliação do estado nutricional da gestante; medida e estatura; frequência cardíaca; temperatura axilar; pressão arterial; inspeção da pele e das mucosas; palpação da tireóide; ausculta cardiopulmonar;



exame do abdome; palpação dos gânglios inguinais; exame dos membros inferiores; pesquisa de edemas de face, tronco e membros)

- Específico: gineco-obstétrico (exame das mamas; medida da altura uterina; ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF); realizar manobra de palpação; exame especular: inspeção das paredes vaginais, do conteúdo vaginal, colo uterino; coleta de material para exame colpocitológico, caso a última avaliação exceda um ano; toque vaginal; solicitação dos exames de rotina e outros necessários)

### **Ações complementares**

- Referência para atendimento odontológico;
- Referência para vacinação anti-tetânica, quando a gestante não estiver imunizada (esquema a seguir);
- Referência para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado;
- Agendamento de consultas subsequentes.

### **4.9.3 Avaliação da Gestante / Achados e Condutas**

#### **1 – Peso e estado nutricional da gestante**

A variação do peso durante a gravidez é muito grande e oscila entre 6 e 16 kg ao final da gestação. O aumento máximo se dá entre a 12ª e a 24ª semana de amenorréia. Caso a gestante conheça seu peso pré-gravídico, o aumento de peso poderá ser controlado tomando como referência os valores do gráfico de curva de peso/idade gestacional do cartão da gestante proposto pelo Ministério da Saúde. Conhecendo a semana de gestação diminui-se do peso atual da gestante, o peso pré-gravídico, obtendo-se o aumento de peso para essa IG. O valor será registrado no gráfico mencionado acima. O limite normal máximo é o percentual 90 e o mínimo 25. Quando o valor do aumento de peso for maior que o percentil 90 ou se estiver abaixo do percentil 25, considera-se casos anormais, devendo a gestante ser encaminhada para consulta médica, devido à possibilidade de caracterizar alto risco. Se a gestante não souber seu peso pré-gravídico, pode-se controlar o aumento de peso por semana, aceitando como normal um aumento médio de 400g por semana no segundo trimestre e de 300g no terceiro.

## Achados e condutas

Na primeira consulta:

- ❖ Se a avaliação inicial for bom o estado nutricional: seguir o calendário habitual, explicar a gestante que o seu peso está adequado para a altura, dar orientação alimentar;
- ❖ Se o peso for insuficiente para a altura (desnutrição): investigar história alimentar, hiperemese gravídica, infecções, parasitoses, anemias, doenças debilitantes; remarcar consulta em intervalo menor que o fixado no calendário habitual; incluir prioritariamente em Programa de Suplementação Alimentar.
- ❖ Se o peso for superior para a altura (sobrepeso): afastar possíveis causas (obesidade, edema, hidrânio, macrossomia, gravidez múltipla); acompanhar a gestante nas consultas posteriores.

Nas consultas subsequentes:

- ❖ Se bom estado nutricional (ganho de peso adequado): seguir calendário habitual; dar orientação alimentar para que a gestante se mantenha dentro da faixa de normalidade.
- ❖ Se ganho de peso inadequado: identificar causas (déficit alimentar, infecções, parasitoses, anemia, entre outras) e trata-las quando presentes; encaminha-la para serviço de alto risco.
- ❖ Se ganho de peso superior para a altura: investigar possíveis causas já observadas na primeira consulta e encaminha-la para serviço de alto risco.

## **2 – Controle da pressão arterial (PA)**

A obtenção de dados sobre o padrão pressórico da paciente e a medida consecutiva da pressão arterial a cada consulta pré-natal permitem avaliar possíveis elevações e realizar eventual diagnóstico diferencial. Considera-se hipertensão quando há aumento de 30mmhg ou mais na pressão sistólica e/ou aumento de 15mmhg ou mais na diastólica em relação aos níveis tensoriais estabelecidos nas consultas anteriores, lembrando que a paciente deve permanecer na posição sentada (nunca em decúbito dorsal após o segundo trimestre)

Considera-se Doença Hipertensiva Específica da Gestação, aquela cujos níveis elevados surjam após a 20ª semana, associados ou não a proteinúria e ao edema súbito, generalizado, em face e tronco. Em caso de hipertensão crônica ou hipertensiva específica da gestação encaminhar ao pré-natal de alto risco.

Nas pacientes que retardam a primeira consulta pré-natal devemos nos ater ao fato de que ao final do segundo trimestre e início do terceiro pode acontecer uma queda dos valores pressóricos, devido a hemodiluição, podendo confundir ou mascarar uma eventual hipertensão nas formas descritas.

### Achados e condutas

- ❖ Níveis de PA normais: manter calendário de consulta habitual;
- ❖ Níveis de PA elevado, conhecido antes da gestação: encaminhar ao pré-natal de alto risco;
- ❖ Níveis de PA elevado durante a gestação: encaminhar ao pré-natal de alto risco.

### **3 – Verificação da presença de edema**

A verificação da presença de edema é importante para detectar precocemente a ocorrência de edema patológico. O edema é frequentemente detectado: 1) nos membros inferiores (região perimaleolar) e na perna (região pré-tibial); 2) na região sacra; 3) na face e membros superiores, pela inspeção.

### Achados e condutas

- ❖ Edema ausente (-): acompanhar a gestante e seguir o calendário mínimo;
- ❖ Edema de tornozelo (+), sem hipertensão, aumento súbito de peso, relacionado a postura ao final do dia ou tipo de calçado: orientar a gestante para repousar em decúbito lateral; seguir o calendário mínimo;
- ❖ Edema limitado a membros inferiores (++), sem hipertensão, aumento súbito de peso ou relacionado a postura ao final: orientar para repousar mais frequentemente em decúbito lateral e seguir calendário mínimo;

- ❖ Edema generalizado (+++), ou que já se manifesta ao acordar, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso: gestante de risco em virtude de suspeita de toxemia gravídica ou outras situações patológicas, referir ao pré-natal de alto risco.

#### 4 – Medida da altura uterina

A medida da altura uterina (AU), quando efetuada corretamente, a cada consulta, de preferência pelo mesmo examinador, é suficiente para acompanhar o desenvolvimento fetal e seus anexos, detectando possíveis desvios, diagnosticar a causa e orientar a conduta adequada.

Coloca-se um extremo da fita apoiada sobre a borda superior da sínfise púbica e o outro no fundo uterino, com a fita entre os dedos médio e indicador, medindo-se desta forma, a altura do fundo uterino.

É utilizado como padrão de referência as das duas curvas de altura uterina para idade gestacional desenhadas a partir dos dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP). São considerados parâmetros de normalidade para o crescimento uterino o percentil 10, para limite inferior, e o percentil 90, para o limite superior.

#### Achados e condutas

Na primeira consulta:

- ❖ Se o ponto de intersecção estiver situado entre as curvas inferior e superior: atendimento de rotina, seguir calendário mínimo;
- ❖ Acima da curva superior: atentar para erro de cálculo da IG. Deve ser avaliada pelo médico da unidade e possibilidade de polidrâmnio, macrossomia fetal, gemelaridade, mola hidatiforme, miomatose uterina e obesidade. Marcar retorno para 15 dias para reavaliação; se necessário, encaminhar para pré-natal de alto risco;
- ❖ Abaixo da curva inferior: atentar para erro de cálculo da IG. Deve ser avaliada pelo médico da unidade e possibilidade de feto morto, oligoâmnio ou retardo de crescimento intra-uterino. Marcar retorno para 15 dias para reavaliação; se necessário, encaminhar para pré-natal de alto risco.

Nas consultas subsequentes:

- ❖ Evoluindo entre as curvas: seguir calendário normal;
- ❖ Evoluindo acima da curva superior e com inclinação progressiva: referir ao pré-natal de alto risco;
- ❖ Evoluindo persistente abaixo da curva inferior: referir ao pré-natal de alto risco.

## **5 – Ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF)**

A determinação da frequência cardíaca fetal visa avaliar as condições fetais na gravidez e no parto. É um instrumento útil e suficiente para acompanhar a gestante normal, com resultados confiáveis. A identificação e a ausculta dos BCF apresenta uma cronologia que depende do arsenal diagnóstico disponível. Assim, com o sonar-doppler pode-se encontrar batimentos em torno de 10 – 11ª semana, bem mais precoce do que o estetoscópio de Pinard (em torno da 20ª semana). Pela apresentação fetal pode-se diagnosticar o local da ausculta cardíofetal. Na apresentação cefálica o foco se encontra nos quadrantes inferiores do abdome, na apresentação pélvica o foco estará nos quadrantes superiores e na apresentação cômica a ausculta será na linha média.

A possibilidade de ouvir seu bebê traz a mãe uma sensação de tranquilidade e, por isso, deve-se tentar a ausculta, considerando as especificidades de cada método. A frequência e o ritmo dos batimentos são contados durante um minuto, ou frações de 15 segundos multiplicados por quatro, e devem situar-se em 120 e 160, sendo que as variações para mais ou para menos destes valores limítrofes correspondem, respectivamente a uma taquicardia (BCF maior que 160) e bradicardia (BCF menor que 120) e constituem, junto com as desacelerações, em motivos de investigação através da monitoração cardíaca fetal; e do perfil biofísico. Por outro lado, a existência de acelerações transitórias, elevações de frequência de pelo menos 15 batimentos por um tempo mínimo de 15 segundos, é uma sinal de boa vitalidade, e estão frequentemente associadas as movimentações fetais, estimulação mecânica sobre o útero ou a contração uterina.

### Achados e condutas

- ❖ Se os BCFs não são audíveis com o estetoscópio de Pinard: verificar erro de estimativa de IG; afastar condições que prejudiquem uma boa ausculta:



obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal, polidrâmnio; manter calendário mínimo de consulta se houver percepção materna e constatação objetiva de movimentos fetais ou o útero estiver crescendo; deve ser avaliada pelo médico e encaminhar ao pré-natal de alto risco se a gestante não mais perceber movimento fetal ou o crescimento uterino estiver estacionário.

- ❖ Se for detectado bradicardia ou taquicardia: afastar febre, uso de medicamentos pela mãe e sofrimento fetal; deve ser avaliada pelo médico e encaminhar ao pré-natal de alto risco.

## 6- Método palpatório do abdome (Manobras de Leopold)

Este método visa o reconhecimento do feto nele contido, sua apresentação, posição e situação, que consta dos seguintes tempos:

*1º tempo:* delimitação do fundo do útero: com ambas as mãos deprime-se as parede abdominal reconhecendo a parte fetal que ocupa;

*2º tempo:* exploração do dorso: identificam-se as pequenas partes ou membros e o dorso fetal, de um ou outro lado do útero, diagnosticando-se a posição;

*3º tempo:* exploração da mobilidade cefálica: apreende-se o polo cefálico entre os dedos polegar e médio imprimindo-lhe movimentos de lateralidade que indicam o grau de penetração da apresentação na bacia;

*4º tempo:* exploração escava: investiga-se a apresentação fetal. É considerada apresentação cefálica quando a escava está completa de forma lisa, consistente, irreduzível e pélvica com a escava incompleta de forma amolecida, irregular, deixando-se reduzir. Quando a apresentação for córmica a escava está vazia.

### 4.9.4 Exames Laboratoriais

Segundo a Normatização da Assistência a Saúde da Mulher (1998) do Programa Capital Criança da Prefeitura Municipal de Florianópolis, ao procurar o Centro de Saúde, referindo amenorréia, durante a consulta de enfermagem, é solicitado o exame Beta HCG plasmático para confirmação de gravidez. Na consulta seguinte, sendo o resultado positivo, solicita-se os demais exames: hemoglobina, grupo sanguíneo e fator RH, sorologia para sífilis (VDRL), imunoflorescência para toxoplasmose (IgG e IgM), rubéola (IgG), e hepatite B

(HBsAg), parcial de urina, parasitológico de fezes, colpocitologia oncótica (para exames realizados há mais de um ano) e bacteroscopia do conteúdo vaginal, quando necessário. O teste Anti-HIV deve sempre ser voluntário e com aconselhamento pré e pós-teste. A ultrassonografia obstétrica é solicitada entre a 16ª e a 22ª semana, urocultura e TSA, a partir da 26ª semana e teste de tolerância a glicose a partir da 28ª semana.

Os resultados dos exames laboratoriais, tanto na primeira consulta como nas subsequentes devem ser anotados na ficha de pré-natal (cartão da gestante com data da realização dos mesmos).

### Avaliação dos exames e condutas

**Tipagem sanguínea:** se a gestante for Rh negativa e o parceiro Rh positivo ou desconhecido, deve-se solicitar o teste de Coombs indireto na primeira oportunidade de identificação da incompatibilidade. Se negativo, a partir da 24ª semana, repeti-lo trimestralmente. Se positivo, encaminhar ao pré-natal de alto risco.

**Sorologia para lues (VDRL):** tem-se utilizado o VDRL para triagem, o qual, embora sendo um teste não-treponêmico ou não-específico, é de grande valor, pois permite avaliar quantitativamente os pacientes aos 3, 6 e 12 meses após o tratamento para sífilis. Se VDRL positivo, recente (até 1 ano) ou tardio (1 ou mais anos de evolução ou duração desconhecida), tratar com penicilina conforme orientação médica. Se VDRL negativo, repetir exame no 3º trimestre e no momento do parto, e em caso de abortamento.

**Exame Parcial de Urina:** além de ser mais freqüente infecção bacteriana durante a gestação, deve-se atentar também para a alta incidência de bactéria assintomática, onde os casos não tratados podem evoluir para pielonefrite, quando o risco de trabalho de parto prematuro é de 20%. A presença de “traços” de proteinúria direciona para uma investigação mais atenta, se houver história ou identificação de hipertensão e/ou edema, quando então deve-se encaminhar para o pré-natal de alto risco. No caso de piúria ou bacteriúria deve-se solicitar urocultura com antibiograma e encaminhar à consulta médica. Hematúria com piúria associada, solicitar urocultura; se isolada, excluído sangramento vaginal, referir à consulta especializada. Quando constatado cilindrúria referir diretamente para acompanhamento pré-natal de alto risco.

**Dosagem de Hemoglobina:** o comportamento dos parâmetros do eritrograma identifica uma diminuição significativa nos valores dos glóbulos vermelhos, hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht), que se manifestam precocemente ao redor da 10ª semana, alcançando valores mínimos ao redor da 20ª semana e com discreto aumento a partir daí. O mesmo acontece com o Ht, que acompanha o comportamento da Hb. Quando o valor da Hb estiver superior a 11g/dl, considera-se ausência de anemia e a suplementação de ferro é iniciada a partir da 20ª semana (1 drágea de sulfato ferroso ao dia – 300mg), onde recomenda-se ingerir 30 minutos antes das refeições. Se a Hb estiver menor 11g/dl, trata-se de uma anemia leve a moderada, então deve-se solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes; tratar anemia com 2 drágeas de sulfato ferroso via oral/dia e repetir dosagem de Hb entre 30 e 60 dias. Caso os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea/dia) e repetir a dosagem no 3º trimestre. Se Hb permanecer em níveis estacionários ou se “cair”, referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Para Hb com valor menor que 8g/dl, considera-se anemia grave e automaticamente encaminha-se ao acompanhamento pré-natal de alto risco.

**Anti-HIV:** embora considerado atualmente de rotina, devem merecer atenção especial pelo risco latente e real, principalmente com história prévia de transfusão sangüínea, prostituição, parceira ou usuária de drogas injetáveis, e antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis. Tornou-se rotina uma vez que já é possível reduzir os índices de infecção fetal pelo uso de zidovidina durante a gestação. Não deve ser esquecido o devido consentimento por parte da paciente, e dos cuidados na informação em caso de positividade.

**Exame de Secreção Vaginal e Citopatológica Cervical:** a necessidade de identificação, durante a gestação, de infecções vaginais para evitar ou ajustar riscos como: trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, endometrite puerperal ou mesmo de morte fetal intra-uterina, além do próprio desconforto por si só.

**Imunoflorescência para Toxoplasmose:** embora sem ser considerada de rotina, deve-se recomendar o rastreamento através da imunoflorescência indireta – IgG e IgM – visto ser a infecção congênita mais prevalente, às vezes, assintomática, em nosso meio. Recomenda-se um cuidado na ingestão de carnes mal cozidas, proteção das mãos ao lidar no jardim, lavar bem frutas e verduras, além de evitar contatos com animais (gatos).

**HBsAg:** rastreamento para hepatite B através da pesquisa HBSAg no terceiro trimestre, uma vez que a incidência dez vezes superior a da AIDS. Quando o teste for negativo, as gestantes de alto risco devem repetir o teste no terceiro trimestre. A prevenção e o tratamento do recém-nascido se faz pela administração da vacina da hepatite B e da imunoglobulina logo após o parto.

**Rubéola:** nas gestantes em início de gestação com suspeita de rubéola ou com história de possível exposição à doença, mesmo naquelas com antecedentes da doença, deve-se solicitar o teste de inibição da hemaglutinação (IH). Se o exame foi efetuado dias após a exposição, pois a resposta IgM é rápida, e der título de 1:16 ou mais, ou mesmo IgG que quadruplica seu valor num prazo de 4 semanas, a paciente provavelmente está imunizada. As malformações congênitas ocorrem quando a infecção ocorre nas primeiras 16 semanas de gestação. Após o parto, as não imunes devem ser vacinadas.

**Rastreamento do Diabetes Gestacional:** nas gestantes com fatores de risco para o diabetes, já na primeira consulta solicita-se uma glicemia de jejum ou mesmo um teste de tolerância à glicose. Com os valores alterados encaminha-se para o pré-natal de alto risco, para as demais em torno da 25ª semana solicita-se o teste de tolerância a glicose com 50g (TGG50) ou rastreamento.

*Fatores de risco para Diabetes Gestacional:* ter mais de 25 anos; ter antecedentes familiares; se teve filhos pesando mais de 4 kg; se teve natimortos ou aborto; se teve filhos com malformação fetal; é obesa ou tenha aumentado muito de peso durante a gestação; teve polidrâmnio, pré-eclâmpsia; se teve diabetes gestacional; se tem baixa estatura; se tem distribuição central de gordura corporal.

#### **4.9.5 Vacinação Antitetânica na Gestação**

É realizada para a prevenção do tétano no recém-nascido e para a proteção da gestante, com a vacina dupla tipo adulto (dt) ou, na falta desta, com o toxóide tetânico (TT).

De acordo com o Ministério da Saúde, o esquema básico apresenta:

Gestante não-vacinada:

- ✓ Três doses, a partir do 5º mês, com intervalo de 30-60 dias após a 1ª dose e, 180 dias após a 2ª dose;
- ✓ Três doses, a partir do 5º mês, com intervalos de 60 dias entre as três doses;
- ✓ Reforço de dez em dez anos; antecipar a dose de reforço se ocorrer nova gravidez em cinco anos, ou mais, depois da aplicação de última dose.

*Importante:* a partir da 2ª dose, o feto já encontra-se protegido, podendo ser realizada a terceira dose no puerpério; a 2ª ou 3ª dose deve ser aplicada até 20 dias, no máximo, antes da data provável do parto.

Gestante vacinada:

- ✓ Na gestante que já recebeu uma ou duas doses da vacina contra o tétano, deverão ser aplicadas mais uma ou duas doses para se completar o esquema básico de três doses.
- ✓ Reforço de dez em dez anos; antecipar a dose de reforço se ocorrer nova gravidez em cinco anos, ou mais, depois da aplicação de última dose.
- ✓ Se vacinada há menos de 5 anos, não aplicar a vacina.

*Efeitos adversos mais comuns:* dor, calor, febre, endurecimento local e vermelhidão.

*Contra-indicações:* a única contra-indicação é o relato, muito raro, de reação anafilática seguindo-se à aplicação de dose anterior.

#### 4.9.6 Consultas Subsequentes

- Revisão da ficha perinatal e anamnese atual;
- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Controle do calendário de vacinação;
- Exame físico geral e gineco-obstétrico:
  - determinação do peso (anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional);
  - medida da pressão arterial;
  - inspeção da pele e das mucosas;



- inspeção das mamas;
- palpação obstétrica e medida da altura uterina (anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal);
- ausculta dos BCF;
- pesquisa de edemas;
- toque vaginal, exame especular e outros, se necessário;
- interpretação dos exames laboratoriais e solicitação de outros, se necessários (no terceiro trimestre, solicita-se novo exame de urina e dosagem de Hg);
- acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados;
- realização de ações e práticas educativas (individuais e em grupos), incentivando a participação da gestante;
- agendamento de consultas subsequentes.

#### 4.9.7 Desconfortos da Gravidez

Durante os nove meses de preparação para o nascimento, podem ocorrer alguns desconfortos inerentes a gestação, sendo encarados por algumas mulheres como problemas patológicos ou assumindo significados importantes, uma vez que estas acreditam que tais intercorrências acontecem apenas com elas. Baseado nestas informações e alicerçadas no conteúdo da revisão literária realizada por Zampieri (1998, p ?), relacionamos os principais desconfortos com os devidos fatores causadores, medidas de prevenção e tratamento dos mesmos, visando facilitar a compreensão destes distúrbios. Entre eles, podemos citar:

**a) Cefaléia:** geralmente ocorre durante o primeiro e o terceiro trimestre.

*Causas:* a tensão emocional é a causa mais comum, e como causas secundárias podem ser consideradas a ansiedade, a apreensão, a insegurança e o medo relacionados a mudança de papéis e transformações advindas da gravidez, quando esta dor é do tipo hemicrânio, em cinta, occipital ou tende a ser constante. A estimulação hormonal pode causar o engurgitamento das fossas nasais e a congestão resultante pode contribuir para a sinusite e cefaléia. Também pode ser um sintoma da toxemia gravídica ou ainda decorrer de problemas posturais e fadiga.

*Prevenção e Tratamento:* facilitar a expressão de sentimentos, expectativas e medos da gestante; estimular a participação em grupos de gestante; afastar a possibilidade de

hipertensão arterial realizando a verificação desta a cada consulta; orientar para redução das atividades diárias; observar e orientar os cuidados com a postura; ensinar e realizar momentos de relaxamento e exercícios respiratórios, estimular atividades de lazer.

**b) Desmaios, tonturas e fraquezas:** comuns durante a gravidez.

*Causas:* a instabilidade vasomotora associada à hipotensão postural resulta em isquemia cerebral transitória, em virtude do acúmulo de sangue nas pernas, nos territórios esplênico e pélvico. Hipoglicemia, anemia, hipotensão supina decorrente da compressão da veia cava, levam à hipotensão e tontura. Hipotensão ortotástica, devido à mudança brusca de posição, principalmente de deitada para ortotástica, particularmente em pacientes de estatura elevada, é fator causal também destes confortos.

*Prevenção e Tratamento:* orientar a gestante para alternar repouso e exercícios, sendo que o repouso deve ser feito, de preferência, em decúbito lateral esquerdo, principalmente após o quinto mês de gestação evitando assim a compressão das grandes veias; evitar a posição dorsal, nos últimos meses, e mudanças bruscas de posição e atividade; mostrar a gestante, quando sentir fraqueza ou desmaios, as medidas que aliviam e melhoram estas sensações, como baixar a cabeça, respirar profundo e pausadamente e deitar em decúbito lateral; evitar locais com pouca ventilação e superlotação e realizar movimentação ativa das pernas, principalmente quando necessitar ficar por longos períodos na mesma posição; prescrever dieta leve, hiperproteica, hipocalórica e rica em ferro, fracionadas sete vezes ao dia, bem como alimentar-se antes de realizar suas atividades.

**c) Mal estar matinal:** metade das mulheres grávidas, aproximadamente, queixam-se de náuseas, e, em muitos casos, vômitos geralmente ao se levantar pela manhã, principalmente durante as doze primeiras semanas de gestação. No final da tarde ou no jantar, também é freqüente, devido a atribulação do horário. Cerca de 5% desenvolvem aversão a líquidos e alimentos, caracterizando a hiperemese gravídica.

*Causas:* problemas emocionais ou psicológicos, tais como: ansiedade, insegurança, conflitos, ambivalência ou rejeição inconsciente à gravidez e labilidade emocional. A redução da motilidade gástrica e refluxo gastroesofágico contribuem para a ocorrência deste distúrbio, além dos fatores hormonais e atonia gástrica.

*Prevenção e Tratamento:* estimular a participação da gestante e família em grupo de gestante, contribuindo para a expressão de medos e ansiedades; ingerir lentamente dietas com pouco volume em intervalos menores, evitando o esvaziamento prolongado do estômago;

fazer relaxamento e exercícios respiratórios; fazer a ingestão de alimentos sólidos e secos (bolacha salgada ou torrada) cerca de 20 minutos antes de levantarem da cama; evitar fazer higiene oral com água fria, pois esta provoca o reflexo da contração gástrica, contribuindo para o desconforto; evitar alimentos gordurosos, de odor e temperos fortes; estimular a ingestão de água antes e após as refeições; orientar sobre medicamentos antieméticos, no caso de prescrição médica.

**d) Sonolência:** comum no início e final da gravidez.

*Causas:* regressão inconsciente ao seu nascimento, ambivalência em relação à gravidez: querer e não querer. No final da gestação é a maneira utilizada para enfrentar os medos em relação ao parto, nascimento, encontro com o bebê real e cuidado com o filho.

*Prevenção e Tratamento:* facilitar a expressão de sentimentos, expectativas e medos em relação à gravidez, parto e puerpério e intervir junto com a família, para que esta seja fonte de carinho, atenção e aconchego, que são necessidades importantes para a gestante.

**e) Insônia:** pode ocorrer no final da gravidez.

*Causas:* dificuldade em encontrar posição adequada e confortável para o repouso, devido ao intenso aumento do volume abdominal, movimentos fetais vigorosos, ansiedade e medo em relação ao trabalho de parto, parto e puerpério, ao ambiente hospitalar, as condições do recém-nascido e aos cuidados que deverá ter com ele.

*Prevenção e Tratamento:* estimular a leitura de livros, banhos e ingestão de líquidos mornos antes de dormir; orientar sobre a realização de fricção e massagens nas costas com loção; orientar sobre a realização de exercícios respiratórios profundos e de relaxamento, bem como a utilização de travesseiros para apoiar o abdome.

**f) Hiperpigmentação da pele:** ocorre na linha migra, face (cloasma gravídico), mamas abrangendo aréolas e mamilos, mãos (eritema palmar), por todo o corpo (sinais e nevos), principalmente em mulheres morenas.

*Causas:* decorrente da ação hormonal (aumento do hormônio melanócito, estrógeno e progesterona). Deve-se a hiperfunção do lobo anterior da hipófise (células basófilas), ao conseqüente aumento do hormônio melanotrófico, função hormonal da placenta que libera estrógeno e progesterona.

*Prevenção e Tratamento:* orientar sobre a utilização de protetor solar para evitar o fortalecimento das regiões pigmentadas, evitar o sol no período das 10 às 16 horas e esclarecer que esta pigmentação regride com o término da gravidez.

**g) Epistaxe:** sangramento no nariz.

*Causas:* vasodilatação, edema, aumento de vascularização e hiperemia devido a ação hormonal.

*Prevenção e Tratamento:* orientar sobre o uso de compressas frias e pressão local com os dedos; posicionar a cabeça lateralmente, procurar um médico se persistir este sintoma.

**h) Alterações na boca:** as gengivas tornam-se mais sensíveis à traumas, sangramentos e processos inflamatórios.

*Causas:* por ação dos hormônios, os pequenos vasos da papila interdental proliferam, podendo ocorrer hipertrofia e edema intercelular. Clinicamente estas modificações se traduzem por tumefação, hiperemia e fragilidade capilar que levam ao sangramento.

*Prevenção e Tratamento:* orientar sobre escovação freqüente e suave dos dentes, com escova macia, o uso de fio dental e bochecho e dieta rica em vitamina C; realizar tratamento de cáries, tendo cuidado confirmar se a anestesia é sem adrenalina e com sessões limitadas a 30 minutos; encaminhar ao dentista para limpeza bucal e retirada de tártaro.

**i) Sianorréia ou Ptialismo:** salivação excessiva, podendo causar transtornos por estar associada à náuseas, interferir no sono e implicar em perda de líquidos, eletrólitos e enzimas. Ocorre principalmente no primeiro trimestre e em primíparas.

*Causas:* estímulo do segundo ou terceiro ramo do nervo trigêmeo, hipertonia vagal e psiquismo.

*Prevenção e Tratamento:* orientar para não cuspir excessivamente ou acumular saliva; realizar exercícios de respiração e relaxamento para manter tranqüilidade e ingerir líquidos cerca de dois litros e meio por dia e encaminhar ao médico no agravamento dos sintomas.

j) **Pirose:** azia ou indigestão ácida que resulta da regurgitação gastroesofágica. Causa sensação de queimadura atrás do esterno ou na parte inferior do peito. No fim da gravidez, pode se agravar pelo deslocamento do estômago e duodeno pelo fundo do útero.

*Causas:* aumento da pressão intra-peritoneal, diminuição da resistência com relaxamento do esfíncter esofágico anterior, distúrbios da motilidade gástrica, devido ação hormonal, aumento da pressão intra-abdominal por efeito do crescimento do útero.

*Prevenção e Tratamento:* orientar para reduzir o volume das refeições e aumentar seus intervalos; manter a cabeça elevada por trinta minutos após cada refeição; deambular, se possível, pelo menos dez minutos após as refeições evitando o repouso imediato; não ingerir líquidos durante as refeições, apenas antes ou depois; evitar o uso de chás, refrigerantes, café e outros produtos possuidores de cafeína ou gás, bem como o uso de álcool e fumo; utilizar goma de mascar e realizar mudanças de postura e encaminhar ao médico para prescrição de antiácidos, se necessário.

k) **Dispnéia:** é bem freqüente na gestação.

*Causas:* em decorrência do aumento do útero, ansiedade, hiperventilação decorrente da ação hormonal, devido a alterações do centro respiratório. O diafragma eleva-se em decorrência do aumento do útero.

*Prevenção e Tratamento:* promover a expressão de sentimentos; observar sinais e sintomas de problemas cárdio-pulmonares; utilizar travesseiros sob a cabeça para dormir; realizar exercícios respiratórios lentos e profundos; manter o repouso em decúbito lateral esquerdo após o quinto mês e dorsal no início da gravidez e orientar para estender os braços sobre a cabeça, expandido a cavidade torácica e aliviando a dispnéia por algum tempo.

l) **Síndrome do túnel carpeano:** manifesta-se através de sensibilidade, dormência e formigamento do polegar.

*Causas:* compressão do nervo mediano em torno do polegar e terceiro dedo da mão.

*Prevenção e Tratamento:* orientar sobre o uso de talas no pulso à noite, bolsas de gelo ou compressas frias; repousar com as mãos elevadas e exercitar pulso e mão para ajudar no alívio; além de orientar a gestante sobre a normalidade deste evento.

**m) Prurido:** as mamas, o abdome e a palma da mão são os locais mais acometidos, podendo generalizar-se.

*Causas:* aumento da função excretora da pele, que pode ser resultante de substâncias irritantes à pele. Estiramento cutâneo, devido o ganho de peso, crescimento do útero e dos líquidos retidos na pele.

*Prevenção e Tratamento:* orientar sobre o banho morno com adição de bicarbonato de sódio; secar o corpo delicadamente evitando esfregar com a toalha; reduzir o sabão ou mudar a marca; utilizar roupas soltas e não restritivas que desencadeiam uma produção menor de prurido; usar óleos ou hidratantes corporais.

**n) Estrias:** estiramento da pele. Grande parte das gestantes apresentam estrias depois do sexto mês de gestação. Primeiramente são violáceas, depois torna-se brancas. O aparecimento é precedido, geralmente, de prurido. São observadas em mamas, abdome, flancos, região lombar, sacra e coxas.

*Causas:* aumento de depósito de gorduras, estiramento das fibras devido a obesidade, falta de hidratação devido a ação hormonal.

*Prevenção e Tratamento:* orientar sobre a realização de massagens locais com substâncias oleosas, na tentativa de preveni-las e quanto ao controle de peso, cerca de um quilo por mês.

**o) Dor abdominal:** a presença do feto pode desencadear algum tipo de desconforto para gestante.

*Causas:* tensão no ligamento redondo devido à tração do útero na medida que cresce e na dinâmica postural da gestante; flatulência, distensão e cólicas intestinais; contrações uterinas de Braxton Hicks, que a partir da 30ª semana de gestação pode causar algum desconforto.

*Prevenção e Tratamento:* orientar sobre aplicação de calor local, realização de atividades relaxantes e respiratórias, cuidados com postura, repouso em decúbito lateral esquerdo contribuindo para o aumento do débito cardíaco materno, facilitando o fluxo placentário, aumentando a oxigenação materno-fetal e favorecendo o metabolismo das contrações; orientar sobre as contrações verdadeiras, que caracterizam o trabalho de parto, possibilitando que a gestante possa procurar os serviços de saúde no caso de trabalho de parto prematuro, o mais rápido possível.



p) **Constipação e Flatulência:** o funcionamento intestinal inadequado, na gravidez, é muito comum na gravidez, especialmente em paciente que já tinham este problema anteriormente.

*Causas:* diminuição do peristaltismo intestinal; supressão da motilidade da musculatura lisa pelo aumento de taxa de hormônios esteróides e pela pressão e deslocamento dos intestinos pelo útero aumentado e aumento do tempo de esvaziamento gástrico. A flatulência deve-se a ação das bactérias intestinais sobre os alimentos, o que resulta na formação de gases.

*Prevenção e Tratamento:* prescrever dieta rica em fibras, com volume reduzido e aumento da frequência; ingesta de vegetais verdes crus e cozidos, evitando alimentos que fermentam como repolho, couve, feijão, ovos e doces, bebidas gasosas e farináceos; estimular a realização moderada de exercícios físicos como caminhadas e atividades aquáticas; ingerir grandes quantidades de líquidos antes e após refeições; evitar óleos mineiras que interferem na absorção vitamínica e o uso indiscriminado de laxantes ou enemas, exceto sob prescrição médica.

q) **Hemorroidas:** manifestam-se na gravidez ou agravam-se quando preexistentes.

*Causas:* esforço para evacuar, especialmente em mulheres predispostas a varicosidades. Ocorre em consequência da pressão venosa no plexo hemorroidário, por efeito de obstáculo ao retorno venoso.

*Prevenção e Tratamento:* orientar sobre a constipação; estimular banhos de assento morno ou compressas locais mornas, ocasionando posterior redução suave; ensinar exercícios de contrações do assoalho pélvico, para facilitar a circulação anal e perineal; para os casos de dor prescrever o uso de bolsa de gelo e pomadas anestésicas; orientar quanto ao uso de papel higiênico branco e suave e utilização de sabão neutro para higiene perineal.

r) **Dor lombar e em região pélvica:** a lombalgia, durante a gestação, ocorre na maioria das mulheres, podendo ser de pequena ou grande intensidade.

*Causas:* fadiga, espasmos musculares e posturais, afrouxamento das articulações pélvicas ou mobilidade das articulações sacroilíacas, sacrococcígea e da sínfise púbiana; ganho de peso com maior carga espinhal e pressão do feto em crescimento; mudanças de postura por efeito do deslocamento do centro de gravidade, o que dificulta o equilíbrio.

*Prevenção e Tratamento:* orientar quanto aos cuidados posturais como ereção da coluna e inclinação da pelve, observando o mecanismo corporal na realização dos movimentos; manter posições de conforto; permanecer na posição de cócoras por um pequeno período para alívio do desconforto; evitar sapatos de saltos altos, utilizando saltos baixos e largos e que sejam confortáveis e aplicar calor local e banhos mornos para diminuir a tensão dos músculos que se encontram rígidos devido aos esforços.

s) **Edema de tornozelos:** desde que não esteja associado à toxemia, este edema surge praticamente em dois terços das mulheres no final da gestação, podendo restringir-se ao tornozelo ou estender-se às pernas até as coxas, incluindo até mesmo a vulva. Quando está associado à hipertensão e proteinúria, formam a tríade da toxemia gravídica.

*Causas:* retenção de líquidos e eletrólitos como água e sódio, aumento da pressão venosa nas pernas, veias varicosas com congestão venosa devido a permanência prolongada na posição sentada ou de pé; interferência mecânica do retorno venoso e de outras modificações circulatórias inerentes à gestação.

*Prevenção e Tratamento:* orientar sobre a elevação das pernas durante o repouso, facilitando o retorno venoso e conseqüentemente diminuindo a retenção hídrica; permanecer em decúbito lateral esquerdo diminuindo a estase, mais acentuada no rim direito e aumentando a oxigenação fetal; restringir a ingestão de sal e água; realizar controle de peso a cada consulta ou com maior freqüência quando o ganho for superior a 500 gramas semanais; utilizar roupas que propiciem o retorno venoso, sendo necessário, em alguns casos, o uso de meias elásticas, e procurar erguer os membros inferiores durante 15 minutos várias vezes ao dia.

t) **Veias varicosas:** são usualmente um problema das múltíparas, causando dores musculares, edema e úlceras cutâneas e podendo resultar em flebotrombose e embolia.

*Causas:* resultam do enfraquecimento congênito ou adquirido das paredes venosas; aumento da estase venosa das pernas, devido a hemodinâmica da gravidez, a inatividade, a redução do tônus muscular e obesidade. As alterações gravídicas dos vasos sangüíneos levam a um aumento progressivo de distensibilidade venosa, assim com crescente vasodilatação periférica. As paredes mais frouxas favorecem o armazenamento de sangue nas extremidades, redução do fluxo sangüíneo e aumento da pressão venosa nos membros inferiores. O aumento da pressão venosa femural é provocado pela compressão mecânica do

útero aumentado sobre as veias ilíacas e a cava inferior, além da compressão craniana fetal sobre as veias ilíacas.

*Prevenção e Tratamento:* estimular descanso em posição reclinada, com elevação das pernas ao nível do corpo e deambulação; utilizar roupas confortáveis e o uso de meias elásticas; fazer controle rigoroso do peso; orientar quanto a realização de exercícios extensores e flexores de membros inferiores; manter postura correta, evitando longos períodos sentada ou de pé.

u) **Cãibras:** ocorre subitamente após o sono ou inatividade, principalmente no último trimestre da gravidez. O encurtamento súbito dos músculos da perna, por espreguiçamento, com os artelhos em extensão precipita a cãibra.

*Causas:* resultado do estiramento da musculatura e da fáscia; prejuízo circulatório nos músculos devido a pressão do útero sobre os vasos pélvicos; redução do nível de cálcio difusível no soro; aumento do fósforo no soro; compressão das raízes nervosas; problemas de postura; fadiga das extremidades inferiores.

*Prevenção e Tratamento:* orientar sobre a permanência, de pé e descalça, em superfície fria; fazer fricção e massagem no músculo contraído e doloroso, de cima para baixo; fazer flexão do pé e usar calor local ou banho morno; evitar a extensão dos artelhos (pressionar calcanhar ou espreguiçar-se), cruzamento das pernas e caminhadas em excesso; estimular a ingestão de alimentos ricos em potássio, como a banana, e reduzir os alimentos com grande quantidade de fósforo; realizar movimentos circulares com os pés, flexão de tornozelos, rotação dos pés e elevação dos dedos em direção ao joelho do membro acometido.

v) **Fadiga:** é mais suscetível no primeiro e último trimestre da gestação.

*Causas:* postura alterada e peso excessivo; ação hormonal; anemia e medos em relação às transformações oriundas da gravidez e mudanças de papéis.

*Prevenção e Tratamento:* orientar sobre a diminuição da atividade diária, com respectivo aumento de repouso; realizar momentos de relaxamentos e exercícios respiratórios; promover a expressão de sentimentos e estimular atividades de lazer, massagens e dinâmicas que ajudem a diminuir o cansaço.

w) **Leucorréia:** o aumento gradual da quantidade de corrimento vaginal pode ser esperado na gravidez. Quando acompanhada de queixa (dispareunia, ardência, prurido e odor) podem sugerir a presença de agentes infecciosos.

*Causas:* ação hormonal, principalmente pelo aumento da produção do estrógeno no período gestacional.

*Prevenção e Tratamento:* orientar quanto a utilização de calcinhas de malha, absorventes com cobertura suave, que mantenha a umidade natural; realização da higiene íntima no sentido antero-posterior, evitando a realização de lavagens vaginais; uso de papel higiênico macio e sem perfume.

x) **Sintomas Urinários:** a frequência e a urgência urinária são habituais no início e no final gestação, regredindo após o parto.

*Causas:* pressão exercida pelo útero em anteflexão exagerada, no primeiro trimestre, ou contato da apresentação fetal, nas duas últimas semanas da gravidez.

*Prevenção e Tratamento:* orientar a ingestão de líquidos, repouso lateral esquerdo e fazer encaminhamento médico se houver dor na micção ou hematúria, podendo estar acompanhada ou não de febre.

#### 4.9.8 Cuidados Gerais na Gestação

##### a) Vestuário

- Evitar qualquer roupa que restrinja a circulação;
- Usar roupas confortáveis; adaptar o vestuário à medida da evolução da gravidez;
- Poderá ser usada cinta abdominal, própria para gestante, no final da gravidez, para apoiar o útero aumentado, principalmente se a gestante tem uma musculatura flácida;
- Usar sapatos confortáveis e que ajudem a manter o equilíbrio; sapatos com base maior; evitar sapatos altos, pois a gestante tem dificuldade de se equilibrar, uma vez que o seu centro de gravidade é alterado pelo aumento de peso;
- Evitar uso de ligas, pois elas retardam a circulação, favorecendo o desenvolvimento de varizes e câibras musculares.

**b) Cuidado com as mamas**

- Ensinar a iniciar cuidados com as mamas visando a amamentação;
- Aconselhar o uso de sutiã, preferencialmente de alças mais largas e ajustáveis. A maioria das mulheres necessita um número maior que o habitual para dar melhor apoio às mamas em desenvolvimento;
- uso de um sutiã adequado alivia o desconforto das mamas caídas e evita flacidez após o parto. As mamas devem ser acomodadas por inteiro dentro da taça do sutiã;
- Será aconselhável um sutiã para nutrízes que continuará sendo usado durante toda amamentação.

**c) Cuidado com os cabelos, pele e dentes**

- A pele e os cabelos podem se tornar oleosos devido ao aumento da função excretora da pelo, por isso, a gestante deve prestar um maior cuidado à higiene da pele e dos cabelos, lavando com frequência;
- Estar alerta para evitar quedas e escorregões na banheira ou chuveiro;
- Escovar os dentes após cada refeição;
- A anestesia dentária, as obturações e extrações raramente são contra-indicadas.

**d) Sono e repouso**

- Repousar por alguns minutos todos os dias com os pés elevados;
- Proporcionar momentos de sono e repouso com mais frequência.

**e) Bebidas alcoólicas**

- Podem ser permitidas esporadicamente, porém devem ser evitadas, para a maioria das gestantes, excetuando-se as patologias e intercorrências da gestação.

**f) Fumo**

- Causa vasoconstrição periférica, afetando a frequência cardíaca, a pressão sanguínea e o débito cardíaco;
- Este hábito está associado a fetos de pouco peso.

**g) Viagens**

- Evitar viagens longas;
- Caso seja necessário viajar, interromper as viagens longas com períodos de descanso de uns quinze minutos a cada duas horas.

**h) Trabalho**

- Deve ser realizado com moderação, sempre evitando fadiga;
- Procurar diminuir os riscos ambientais (químicos, físicos e biológicos);
- Restringir as áreas de insalubridade e periculosidade;
- Evitar trabalhos que exijam equilíbrio delicado e/ou mudança de turnos

**i) Exercícios**

- exercício físico é saudável na medida em que melhora a digestão, o apetite, a função intestinal e o sono, além de aumentar a flexibilidade, o tônus muscular e melhorar o condicionamento cardiovascular.
- Deve-se estimular o exercício físico regular, com moderação e de maneira individualizada, dependendo da idade e condições físicas da gestante e estágio da gestação;
- hábito de caminhar é particularmente recomendado;
- Lembrar a paciente para *nunca* realizar exercícios até ficar cansada.

**j) Medicamentos**

- Devem ser evitados quaisquer medicamentos durante o primeiro trimestre de gravidez;
- Só usar medicamentos se for absolutamente necessário, e com prescrição médica;
- Registrar os medicamentos ingeridos pela gestante.

**k) Relação sexual**

- A libido pode ser imprevisível no início da gestação;
- À medida que a gravidez evolui deve-se adotar posições sexuais mais confortáveis; evitar posição em que o homem fique por cima;
- Deve-se evitar relações sexuais se há:



- ameaça de aborto ou parto prematuro;
- sangramento;
- dilatação cervical;
- amniorrexe

#### 4.9.9 Preparo das Mamas

Estimular a mulher o seu autoconhecimento através do toque a observação das mamas, tornará a mulher mais segura, capaz de se autocuidar e até mesmo identificar precocemente problemas que possam surgir.

A seguir, estão contemplados algumas orientações básicas para promover o autocuidado no pré-natal e que são reforçadas no puerpério.

Os banhos de sol são indicados cerca de 15 minutos diários, de preferência entre as 8 e 10 horas da manhã, isso ajudará a fortalecer a pele da mama. A ação dilatadora dos raios solares (infravermelhos) age sobre os vasos e capilares, atuando no sistema canalicular favorecendo a ingestão do leite. O sol tem ainda ação germicida e lactericida e ativa a reparação dos tecidos favorecendo a cicatrização. Se a gestante torna o banho de sol um hábito, após o nascimento esta prática ajudará a evitar fissuras mamilares e servirá de tratamento caso elas ocorram. Os raios ultravioleta provocam inicialmente eritema e pigmentação, mas sua ação diz respeito a proteção e resistência do tecido epitelial.

De modo geral a gestante / puérpera deve evitar o uso de sabonetes, cremes, qualquer tipo de substância, principalmente nas aréolas e mamilos. O uso dessas substâncias, geralmente alcalinas, determinam a desidratação do tecido através da ação físico-química, retirando a lubrificação natural e diminuindo a acidez da epiderme, o que resulta no ressecamento da aréola e favorecendo o aparecimento de fissuras. Durante o banho, usar somente água e, após o nascimento, a puérpera deverá usar entre as mamadas o próprio leite materno para higiene das aréolas e mamilos. As massagens durante o banho são benéficas, de preferência com uma esponja levemente áspera ou buchas vegetais, para secar pode-se usar toalha felpuda, isto resultará no fortalecimento da pele, melhorando assim sua resistência.

Nos casos de mamilos semi-protusos, planos, invertidos e pseudo-invertidos é importante ensinar a gestante exercícios e massagens para formação do mamilo. Estas massagens podem ser feitas da seguinte forma:

- a) Sustentar a mama com uma das mãos, apreender o mamilo entre os dedos polegar e indicador e fazer movimentos giratórios para a esquerda e para a direita, como se estivesse girando um botão;
- b) Usando ambas as mãos, posicione os dedos indicadores a cada lado do mamilo sobre a pele da aréola, movimentando juntos de dentro para fora, sobre toda a circunferência areolar.

Estes exercícios devem ser feitos no mínimo 3 vezes durante o período pré-natal e após o nascimento do bebê, além desses exercícios podem ser usadas outras técnicas como as bombas de sucção ou seringa plástica.

#### 4.9.10 Benefícios do Aleitamento Materno

Segundo o Manual da Promoção do Aleitamento Materno (UNICEF, 1993), o leite materno oferece muitos benefícios à saúde do bebê. Na amamentação exclusiva os benefícios são usufruídos ao máximo. Como exemplo disso, temos a taxa de doenças que exigem cuidados médicos mais baixa; o leite materno é produzido sobre custo zero, o que não acarreta à família qualquer tipo de ônus em relação a alimentação; não produz nenhum dano à natureza, pois não necessita embalagem, transporte e técnicas de armazenamentos especiais. Vejamos a seguir algumas vantagens:

**Proteção Contra Infecções:** bebês amamentados têm menos diarreia, infecções gastrointestinais e infecções respiratórias do que bebês alimentados artificialmente. Uma substância chamada fator bifidus auxilia o crescimento de bactérias especiais no intestino do bebê, impedindo o crescimento e outras bactérias nocivas. Dezenas de agentes anti-inflamatórios reduzem os danos causados por inflamações fora de controle. Os linfócitos e macrófagos, que são células presentes em grande quantidade do leite, ajudam a combater agentes patogênicos. Os anticorpos de doenças que a mãe foi exposta, protegem o bebê de doenças. Fatores de crescimento acentuam o desenvolvimento do bebê e a maturação do seu sistema imunológico, sistema nervoso central e de órgãos como a pele. Enzimas digestivas como a lactase e a lipase, além de muitas outras importantes, protegem os bebês nascidos com sistema enzimáticos imaturos ou defeituosos. A lactose ajuda a prevenir o raquitismo e estimula a absorção do cálcio e o desenvolvimento cerebral.

**Proteção Contra Alergias:** o trato gastrointestinal do bebê desenvolve-se mais rapidamente quando ele é amamentado com o leite materno, sem a introdução de proteínas estranhas no seu sistema. Uma menor exposição à proteínas estranhas cria tolerância ao invés de respostas alérgicas. Nutrientes como o zinco e os ácidos graxos polinsaturados de cadeia longa auxiliam o desenvolvimento da resposta imunológica do bebê. Mamadas de fórmula nos primeiros dias, podem aumentar as taxas de doenças alérgicas. Todos os leites infantis, incluindo os leites a base de soja, expõe o bebê ao risco de alergias.

**Outras vantagens para o bebê:** é estatisticamente comprovado que bebês amamentados exclusivamente no seio são associados a um coeficiente de inteligência mais elevado; menor incidência de morte súbita no berço (Síndrome da morte súbita do bebê); menor risco de desenvolver diabetes, câncer e infecções de ouvido na infância; melhor resposta a vacinações e capacidade de combater doenças mais rapidamente; melhor desenvolvimento psicomotor, emocional e social; além da diminuição da possibilidade de desenvolver problemas ortodônticos e dentais causados pelo uso de mamadeiras e chupetas. O componente emocional está intimamente ligado à amamentação, pois o contato entre bebê e a mãe é consideravelmente maior.

**Vantagens para a Gestante / Puérpera:** durante a amamentação ocorre a liberação de ocitocina, que age no diretamente no útero contribuindo para uma involução mais rápida e conseqüentemente diminuindo a hemorragia pós-parto. Esta é uma das principais razões que justificam o início imediato do aleitamento materno após o nascimento e sua permanência com freqüência. As nutrizes têm elevada eficiência energética e podem produzir leite mesmo com uma ingesta calórica limitada, o que permite retornarem ao seu peso anterior a gestação com maior facilidade e rapidez. O aleitamento freqüente atrasa a volta da menstruação e protege a mulher contra uma nova gravidez, pelo menos nesses meses iniciais. Nesse processo, as reservas de ferro são reservadas; as gestações tornam-se mais espaçadas; o risco de câncer mamário e ovariano tornam-se diminuídos; a depressão pós-parto é reduzida; a recuperação física pós-parto é mais rápida e as mamadas noturnas bem como as viagens tornam-se mais viáveis devido as facilidades desse tipo de alimentação. A ligação afetiva é estimulada, uma vez que o tempo de permanência da mãe com o seu bebê aumenta sensivelmente.

**Vantagens para a Sociedade:** o custo de alimentar o bebê somente no seio torna-se nulo, pois não há necessidade de comprar outros leites bem como equipamentos como mamadeiras, aquecedores portáteis, gerando uma economia de energia elétrica, água, gás, entre outros. A família pode aproveitar melhor o tempo, pois o aleitamento reduz o número de visitas aos serviços de saúde e não perde tempo com o preparo das refeições do bebê, que no início tem intervalos bastante variáveis. O aleitamento materno é considerado como um ato ecológico, pois o único lixo que ele produz é totalmente biodegradável, ou seja, as fezes do bebê.

#### 4.10 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA GRAVIDEZ NA FAMÍLIA

A transição e a mudança são elementos centrais na experiência familiar. Segundo Ziegel & Cranley (1985),

*“a família está em interação dinâmica e contínua entre seus membros e com a comunidade fora da família. O relacionamento dentro da família modifica-se, às vezes de forma súbita ou gradativa, à medida que seus membros amadurecem, juntam-se novos membros e outros abandonam. As interações com a comunidade também se modificam, dependendo da idade e da fase de desenvolvimento dos membros, bem como outras circunstâncias como saúde, emprego e necessidades e interesses familiares.” (p.52)*

Dentre as principais alterações ou transições encontradas pela maioria das famílias, temos o nascimento de um novo filho, a partida dos filhos do lar, o envelhecimento e a morte. Além disso, o enfrentamento de situações imprevistas como divórcio, doenças, mudanças econômicas, violência, uso de drogas ou álcool, entre outros, podem afetar a estabilidade da família desencadeando sentimentos como angústia, sofrimentos e até depressões.

A gravidez, por sua vez também gera vários conflitos, medos e ansiedade. Normalmente produz uma significativa mudança familiar em consequência da previsão e, em seguida, do nascimento de um novo membro, embora cada família seja afetada de um modo ligeiramente diferente e individual.

Algumas mulheres parecem não se atrapalhar com nada, sem desvio apreciável no equilíbrio, enquanto que outras famílias podem desintegrar-se completamente em fatos que

objetivamente parecem ser circunstâncias muito semelhantes. A seguir apresentaremos o significado da gravidez para a gestante, abrangendo as principais mudanças comportamentais.

### **A Gravidez para a Gestante**

A gravidez é um fenômeno de desenvolvimento. Isso é autoevidente sob o ponto de vista do feto. Todo o período gestacional está exclusivamente projetado para o período mais importante e concentrado de crescimento e continuidade da espécie humana.

Entretanto, para a gestante este é também um período de desenvolvimento e maturação. É um momento de reformulação da identidade e reordenação das relações interpessoais. À medida que ocorrem transformações na silhueta e no aspecto da mulher, pelo fenômeno biológico da gravidez, ocorre também um desvio na organização dos valores e funções, o que promove uma maior reflexão sobre as suas novas tarefas e objetivos. Dentre estas novas tarefas podemos citar: a aceitação da criança que está gerando; a aceitação da criança como um indivíduo distinto, preparando-se então para a separação física após o parto; a garantia de uma evolução gestacional segura para si e seu conceito e a aceitação de seu novo papel perante a sociedade: o de ser mãe.

No primeiro trimestre, a palavra que caracteriza fortemente é a ambivalência. Independente do planejamento e do desejo da gravidez, o conhecimento do fato de que na verdade ocorreu a concepção faz com que a futura mãe duvide da sabedoria de sua escolha. Ela percebe uma certa perda de controle sobre seu corpo e, na verdade, sobre seu destino.

Se a opção de aborto foi afastada, a mulher encontra-se empenhada numa trajetória da qual não existe evasão, exceto através do trabalho de parto e nascimento e a partir daí tornar-se mãe para sempre. Além disso, há a sensação de ambivalência física, pois seus sintomas reforçam mais na ausência de menstruação do que na presença de alguma coisa. Ela sente-se cansada e com mal estar, porém não está doente.

Decorridos aproximadamente dezesseis semanas da gestação, a maioria das mulheres já superou o período da ambivalência (rejeição / aceitação) e incorporou a idéia de estar grávida.

No segundo trimestre a mulher, tem uma energia crescente, as náuseas já diminuíram e ela começa a adquirir um aspecto de gestante. A percepção dos movimentos fetais torna-a agudamente consciente da presença do feto em seu interior, considerando a criança como parte de si mesma. Gradativamente, durante o restante da gestação, ela passa a perceber a

presença do feto como uma realidade, porém que não é ela, possibilitando então a inserção de idéias como nascimento e separação física.

A partir do momento que a gestante considera seu filho como uma realidade independente de si própria, desperta em seu íntimo o papel de mãe, onde ela procura definir e resgatar o significado da maternidade. A percepção do que realmente a maternidade significa, muitas vezes se dá pela valorização do relacionamento da gestante com sua própria mãe, não sendo incomum observar um aumento na frequência das visitas e telefonemas entre a filha grávida e sua mãe. Nas mulheres que não possuíam uma relação muito próxima com suas mães, nota-se uma tentativa de reconciliação.

A gestante é notória por sua labilidade emocional, isto devido a preocupação, as alterações hormonais e ao impacto que a gravidez faz na sua vida. As mudanças no comportamento são bem visíveis, torna-se mais sensível, irritável, emotiva, agindo muitas vezes de forma incompreensível. Durante este trimestre, a grávida tem um interesse intenso de aprender sobre si e a respeito de seu filho, por isso muitas procuram grupos de gestantes para trocarem experiências bem como sanar dúvidas que surgem no decorrer da gestação. Por estar um pouco longe do trabalho de parto, deseja obter todas as informações necessárias relacionadas ao trabalho de parto, nascimento e cuidados com o seu futuro, para dominá-los com segurança quando estes fatos se tornarem iminentes.

Durante as últimas semanas de gravidez, a mulher se apressa para completar todas as suas tarefas. Fisicamente encontra-se mais volumosa e desajeitada, tem dificuldade de se adaptar a nova forma, sentindo-se mais desconfortável e cansada.

A chegada do novo ser, faz com que a gestante envolva todos os membros da família na preparação, não apenas do local físico onde este ficará, mas no ninho emocional que cada um deverá criar para recebe-lo. A participação do pai e irmãos na escolha do nome e da mobília, bem como a conversação com os filhos sobre as mudanças na rotina, devido o nascimento de mais uma criança, são medidas tomadas pela gestante para garantir o envolvimento e conseqüentemente a aprovação e aceitação do novo integrante, por parte dos familiares.

O término da gravidez para a mulher, faz desencadear novamente uma mistura de sentimentos. De um lado poderá existir a rejeição do estado gravídico devido as mudanças ocorridas no corpo e no seu modo de pensar e agir, do outro tem o desejo intenso de ter o filho perto de si, porém temor em relação ao parto e as condições após o nascimento a deixa muito insegura. Com isto completa-se então um círculo psicológico de sensações, caracterizado pelo

reaparecimento da ambivalência vivenciada no primeiro trimestre e a descoberta da maternidade como algo real.

#### 4.11 COMPLICAÇÕES NA GESTAÇÃO

Além das possíveis intercorrências já abordadas até então, devemos estar atento a quaisquer sinais de sangramento, pois, muitas vezes, pode indicar um prognóstico ruim. A hemorragia vaginal é um dos sinais de várias intercorrências e complicações da gestação, sendo que pode ocorrer desde o seu início até o final. Na primeira metade da gestação, o sangramento é, geralmente, devido ao aborto e à prenhez ectópica.

O aborto é a perda ou a interrupção antes da 20-22ª semana; dito precoce quando ocorre até a 15ª semana e tardio, entre a 13ª e 22ª semana de gravidez. O diagnóstico é feito através da perda sangüínea e queixa de cólicas no abdome inferior e/ou dor lombar. A caracterização do quadro doloroso é importante para identificar ameaça de aborto (sangramento vaginal, colo uterino impérvio e ausência de contrações uterinas dolorosas) ou aborto inevitável.

A prenhez ectópica é a implantação e o desenvolvimento do ovo fora da cavidade uterina. O seu diagnóstico baseia-se na avaliação clínica. Ao ocorrer o rompimento do saco ovular e/ou da tuba, é acompanhado de dor abdominal aguda, tontura, vertigens e, eventualmente, choque hemorrágico, além de caracterizar uma urgência. A conduta é geralmente cirúrgica.

Nos casos de aborto e gravidez ectópica, a primeira providência é encaminhar a gestante para um serviço que tenha possibilidade de realizar ultra-sonografia e avaliação médica. A urgência desse encaminhamento está na dependência da avaliação do quadro clínico da mulher pelo profissional.

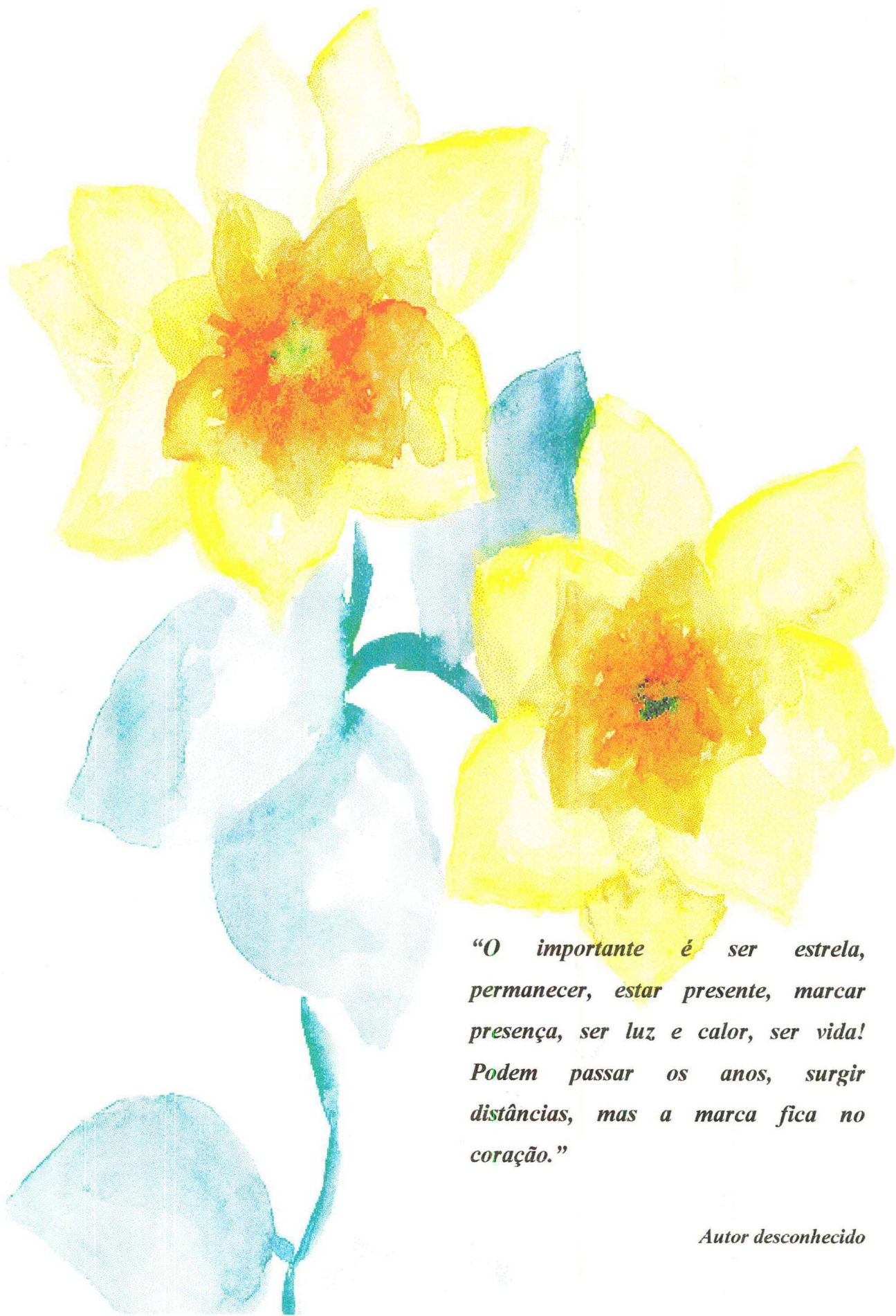
Na segunda metade da gravidez, a hemorragia também pode ocorrer, devendo-se fazer o diagnóstico diferencial entre placenta prévia e descolamento prematuro de placenta.

O sinal principal da placenta prévia é o sangramento vaginal, indolor, de início súbito, vermelho vivo, em geral em pequena quantidade, sendo episódico, recorrente e progressivo. Não se verifica alteração do volume ou tônus uterino ao exame obstétrico. A conduta depende da vitalidade do feto, localização da placenta, quantidade do sangramento



vaginal e idade gestacional. Assim, torna-se necessário o encaminhamento para um serviço que disponha de exame ultra-sonográfico e avaliação médica para uma eventual conduta intervencionista.

O descolamento prematuro da placenta é a separação intempestiva e prematura da placenta do seu sítio de implantação, após a 20ª semana de gestação. Geralmente, a sua ocorrência deve-se a um traumatismo. O diagnóstico é realizado através do exame clínico e da anamnese. Nas formas graves evidencia-se a dor localizada, repentina e intensa, em geral no fundo uterino, hipertonia seguida de perda sangüínea. Quadros iniciais podem dificultar o diagnóstico e devem ser valorizados. O encaminhamento para um serviço torna-se necessário devido aos riscos maternos e fetais, caracterizando uma urgência.



*“O importante é ser estrela,  
permanecer, estar presente, marcar  
presença, ser luz e calor, ser vida!  
Podem passar os anos, surgir  
distâncias, mas a marca fica no  
coração.”*

*Autor desconhecido*

## 5 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

### 5.1 O BAIRRO ITACORUBI

A palavra Itacorubi é originária da língua tupi-guarani, que traduzindo para nossa cultura recebe o significado de “pedra grande”. Este bairro, escolhido para o desenvolvimento da nossa prática assistencial, fica localizado numa região de mangue, que a partir da década de 70 teve um avanço, a princípio lento, mas contínuo da ocupação desta área, o que gera preocupação para os ambientalistas, pois o manguezal é considerado como fonte de produção e sobrevivência dos animais marinhos.

Em 1948 obteve-se a aprovação dos loteamentos da Rua São Francisco de Assis, rua perpendicular à Rua Antônio Carlos Ferreira, da Rua Trajano Margarida e da Rua Professor Enoel Schutel, o que possibilitou a construção legal das habitações e comércio. Existem, atualmente, várias edificações de condomínios com até seis andares, empresas de economia mista como TELESC, CELESC, FIESC, EPAGRI, SESI e universidade e faculdades, entre elas a ESAG e a UDESC.

As características da colonização de Florianópolis também são encontradas no bairro, mesmo este ter recebido muito migrantes da região de Santo Amaro da Imperatriz e de outros municípios e estados, devido as universidades e empresas públicas que se encontram dentro da sua área de abrangência ou localizadas muito próximo a este, o que torna uma população predominantemente flutuante. O modo de produção, inicialmente era agrícola, sendo que atualmente está voltado predominantemente para a construção civil e o serviço público.

É uma comunidade com características sócio-econômicas bastante variáveis, uma verdadeira miscelânea de classes sociais, englobando, em seu contexto, desde famílias carentes, até famílias de poder aquisitivo elevado. Apesar de não existirem dados concretos,



estima-se que a população pertencente a comunidade seja de aproximadamente 22.016 habitantes, constituindo cerca de 5.504 famílias.

## 5.2 A UNIDADE DE SAÚDE.

Para atender a demanda provinda da comunidade, no bairro existe um centro de saúde, denominado de CS Itacorubi, pertencente ao município de Florianópolis e situado à Rua Amaro Antônio Vieira, tendo como áreas de abrangência o Morro do Quilombo, Parque São Jorge, Jardim Anchieta, Santa Mônica e parte da descida do Morro da Lagoa. No total, a comunidade abrange vinte micro-áreas, dando enfoque, em termos de assistência, ao Morro do Quilombo que é considerado micro-área de risco.

Esta unidade de saúde possui uma equipe técnica composta por uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar administrativa, uma pediatra, dois clínicos geral, dois dentistas, um nutricionista, uma auxiliar de consultório odontológico e uma auxiliar de serviços gerais. Para manter o elo de ligação entre a comunidade e o centro de saúde, auxiliando a equipe de saúde, existem quinze agentes comunitários de saúde (ACS), embora o número preconizado pelo Ministério da Saúde seja um agente para cada 120 a 200 famílias.

Em relação a estrutura física, a unidade possui: uma farmácia; uma sala de vacina; dois consultórios clínicos e um ginecológico com banheiro; um consultório odontológico; uma sala de procedimentos gerais, incluindo esterilização, preparo de materiais, pequenas cirurgias, curativos e nebulizações; uma sala de apoio destinada também para estudo e reuniões; uma sala de espera; uma recepção; uma cozinha e, dois banheiros sendo um exclusivo para funcionários e outro para a clientela.

## 5.3 POPULAÇÃO ALVO

Teremos a comunidade como população alvo para execução do processo educativo assistencial, dando enfoque especial para as gestantes e suas famílias, contribuindo para o alcance de uma gestação de qualidade, vivenciada de forma única e singular por todos os envolvidos.



*“No fim tudo dá certo, se não  
deu certo ainda, é porque não  
chegou ao fim...”*

*Autor desconhecido*

## 6 METODOLOGIA

### *Objetivo 1*

- ❖ Interagir com a equipe de saúde da família.

### *Estratégia*

- ❖ Planejar e discutir com a equipe de saúde o processo de assistência à gestante;
- ❖ Favorecer a interdisciplinariedade buscando a participação ativa dos profissionais e agentes comunitários de saúde envolvidos.

### *Avaliação*

Este objetivo será alcançado se conseguirmos compartilhar com a equipe de saúde nossa proposta de trabalho e podermos obter maior conhecimento no que diz respeito as práticas desenvolvidas na saúde coletiva, buscando um “feedback” de informações.

### *Objetivo 2*

- ❖ Construir uma relação de troca com a mulher gestante e sua família, na tentativa de conhecer sua realidade existencial.



### *Estratégia*

- ❖ Interagir de forma harmoniosa com a mulher gestante e sua família durante os encontros: consultas de enfermagem, grupos de gestantes e visitas domiciliares;
- ❖ Realizar consultas de enfermagem em atenção à saúde da mulher no pré-natal de baixo risco;
- ❖ Realizar visitas domiciliares juntamente com os agentes comunitários de saúde e demais membros da equipe;
- ❖ Estimular a interdisciplinariedade e humanização da assistência à saúde da gestante, família e comunidade, através das consultas e reuniões de grupos.

### *Avaliação*

Este objetivo será alcançado se conseguirmos garantir um acompanhamento pré-natal contínuo.

### *Objetivo 3*

- ❖ Incentivar a participação das mulheres gestantes nas consultas de pré-natal.

### *Estratégia*

- ❖ Identificar as gestantes que não estão realizando ou abandonaram o acompanhamento pré-natal, através dos agentes comunitários de saúde;
- ❖ Realizar visitas domiciliares juntamente com os agentes comunitários às gestantes no acompanhamento pré-natal;
- ❖ Identificar os fatores que impossibilitem a gestante de realizar o pré-natal, buscando alternativas que viabilizem este acompanhamento.

### *Avaliação*

Este objetivo será alcançado se for possível proporcionar e/ou encaminhar as gestantes para o acompanhamento pré-natal.

### *Objetivo 4*

- ❖ Desenvolver atividades educativas com as gestantes, família e equipe de saúde da família envolvidos no processo gestacional, com o intuito de promover a saúde.

### *Estratégia*

- ❖ Organizar a formação de grupos de gestantes no período matutino;
- ❖ Criar momentos de interação entre as gestantes e família, visando a troca de experiências, através de grupos de gestantes;
- ❖ Promover ciclos de discussões acerca das principais dúvidas e problemas levantados pelas gestantes durante os encontros, para a construção do conhecimento;
- ❖ Incentivar a participação das gestantes em programas comunitários existentes;
- ❖ Elaborar, em parceria com as gestantes, um manual educativo informal abordando as principais queixas com as respectivas medidas terapêuticas, enfatizadas nos encontros;
- ❖ Realizar avaliação das atividades desenvolvidas ao final de cada encontro, através de discussão dos pontos positivos e negativos.

### *Avaliação*

Este objetivo será alcançado se obtivermos a colaboração das gestantes e sua família no desenvolvimento das atividades educativas, e se houver compreensão por parte destas sobre a importância de uma participação ativa no processo educativo.

### *Objetivo 5*

- ❖ Identificar e encaminhar gestantes de alto risco.

### *Estratégia*

- ❖ Estar atento à fatores de risco à gestação durante a consulta de enfermagem;
- ❖ Discutir com a equipe médica pressupostos clínicos que indiquem gravidez de alto risco para confirmação de diagnóstico;
- ❖ Encaminhar a gestante de alto risco aos serviços especializados oferecidos pelo SUS.

### *Avaliação*

Este objetivo será alcançado se, através de consultas de enfermagem e baseado em nossos conhecimentos teóricos, detectarmos fatores que indiquem gravidez de alto risco e, realizarmos os encaminhamentos necessários para que esta gestação seja seguramente assistida.

### *Objetivo 6*

- ❖ Colaborar com a rotina assistencial da unidade de saúde desenvolvendo atividades de assistência de enfermagem.

### *Estratégia*

- ❖ Realizar atividades previstas na unidade.

### *Avaliação*

Este objetivo será alcançado se desenvolvermos ações voltadas à assistência, através dos serviços oferecidos pelo Centro de Saúde, visando sempre a prevenção, promoção e recuperação da saúde da população.

### *Objetivo 7*

- ❖ Buscar aprimoramento profissional.

### *Estratégia*

- ❖ Aprofundar o conhecimento acerca das normatizações estabelecidas pelo Programa de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde e Estratégia de Saúde da Família, que norteiam a assistência à gestante;
- ❖ Participar de palestras e eventos, relacionados à assistência de enfermagem voltada à saúde coletiva, priorizando a saúde da mulher e da gestante;
- ❖ Visitar outras instituições para conhecer as ações desenvolvidas na área da assistência à gestante.

### *Avaliação*

Este objetivo será alcançado se nossos conhecimentos teórico-práticos se ampliarem, baseados nas atualidades que a saúde coletiva oferece ao atendimento à gestante, sua família e comunidade.





*“Sei que na minha caminhada tem um destino e uma direção, por isso devo medir meus passos, prestar atenção no que faço e no que fazem os que por mim também passam ou pelos quais passam eu.”*

*Autor desconhecido*

## 7 RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DOS OBJETIVOS PROPOSTOS

### 7.1 OBJETIVO 1

#### INTERAGIR COM A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No dia 18/06/2002 iniciamos oficialmente a prática assistencial aplicada no CS do Itacorubi. Ao chegarmos no local fomos recebidas de forma carinhosa e acolhedora por parte da equipe, no qual já havíamos mantido um contato prévio pois, realizamos no semestre anterior um estágio curricular da 7ª fase em Administração em Enfermagem neste local. Este fato facilitou nossa adaptação ao campo e possibilitou um entrosamento mais dinâmico com os profissionais.

Nossa proposta inicial era fazer a apresentação do projeto assistencial logo nos primeiros dias da prática, pois assim manteríamos todos os integrantes da equipe informados sobre os nossos objetivos e expectativas em relação ao campo. Porém, como já estava agendado a Reunião de Consolidado<sup>3</sup> para a próxima semana, preferimos aproveitar esta data, pois não precisaríamos interromper a rotina da instituição exclusivamente para a apresentação, além de que neste dia teríamos a oportunidade de encontrar todos os funcionários independentemente do horário de trabalho.

Como não havíamos tido nenhum contato com os agentes comunitários de saúde e estes seriam personagens atuantes no alcance de muitos de nossos objetivos, resolvemos assumir a coordenação e organização da reunião agendada para 20/06/2002. Além de conhece-los um pouco mais, teríamos também a oportunidade de obter uma visão mais

---

<sup>3</sup> Reunião do Consolidado: Encontro mensal que reúne toda a equipe e ACS, onde são discutidos assuntos relacionados a dinâmica do CS, avaliação de relatórios e problemas existentes na comunidade.

detalhada da realidade da comunidade bem como esclarecer, de forma informal, o motivo da nossa presença e o trabalho a ser desenvolvido.

Esta reunião aconteceu na data prevista, sendo realizada no salão paroquial da Igreja São Bento, localizada próximo ao CS, com início às 8:30 horas. Neste encontro estavam presentes 14 agentes comunitários de saúde e nós acadêmicas. Primeiramente motivamos todos os presentes a fazerem uma breve apresentação individual, destacando além do nome, a área e microárea de atuação, o motivo da opção de trabalhar como agente comunitário de saúde e a visão que cada um possui em relação à comunidade a qual estão inseridos. Na seqüência, relatamos um pouco sobre o trabalho que gostaríamos de desenvolver durante nossa permanência na comunidade e pedimos a colaboração de cada um para tornar esta intenção possível. Não surgiram questionamentos e o grupo nos pareceu receptivo as propostas. Após realizamos uma atividade denominada “dinâmica do nó”, onde além de propor maior integração entre os participantes, tinha como objetivos enfatizar a conscientização sobre o trabalho em grupo e a importância de atuação de cada membro na equipe. Algumas pessoas já conheciam esta técnica, porém todos participaram entusiasmadamente. Na avaliação da atividade, o resultado foi satisfatório, pois os participantes concluíram que o trabalho em grupo só é possível quando há comprometimento de todos os membros da equipe, onde cada um desempenha um papel diferenciado, porém essencial e não menos importante para o sucesso do trabalho e o alcance dos objetivos. Encerramos a reunião passando os informes conforme orientação da enfermeira.

A Reunião de Consolidado aconteceu no dia 26/06/2002, estando presentes todos os funcionários, as acadêmicas da 7ª fase do Curso de Enfermagem da UFSC, que estavam realizando estágio de Administração e nós da Prática Assistencial Aplicada.

Após a apresentação de todos os participantes, a coordenadora do CS justificou a ausência dos agentes comunitários, que foram dispensados pelo fato da reunião tratar apenas de assuntos administrativos e em seguida nos concedeu a palavra para apresentarmos nossas propostas de trabalho. Primeiramente justificamos a escolha da temática relacionada a saúde comunitária com enfoque nas gestantes tendo como alicerce a Estratégia da Saúde da Família e após fomos explicando os objetivos e as estratégias que pretendíamos utilizar para alcançar estes objetivos. Possibilitamos então um momento de discussão, abrindo espaço para todos esclarecerem suas dúvidas ou contribuírem com alguma informação. Dentre os principais questionamentos levantados podemos citar algumas preocupações da equipe relacionadas aos objetivos propostos, como: resgate das gestantes com atendimento particular, onde nos foi indagado se a proposta era trazê-las para a rede básica; nosso tempo de permanência e período



de atuação, o que na opinião da equipe foi avaliado como insuficiente; a forma de organização e execução dos grupos de gestantes do período da manhã, pois foi ressaltada a existência de uma dinâmica de funcionamento dos grupos do período vespertino já existentes e a importância de mantermos um certo padrão na assistência nos dois períodos de atendimento.

Procuramos esclarecer que a princípio gostaríamos de realizar um levantamento de todas as gestantes existentes no bairro, inclusive as atendidas na rede particular, para avaliarmos a cobertura do acompanhamento pré-natal de baixo risco no CS Itacorubi. Em relação aos grupos do período da manhã, reforçamos nossa intenção de organizar o atendimento, permitindo à gestante a escolha de um horário mais adequado a sua rotina diária, bem como dinamizar a assistência no período, possibilitando que um maior número de gestantes possam ter a oportunidade de trocar experiências e ter um acompanhamento integral.

A equipe demonstrou interesse em relação as nossas propostas, pois pudemos observar uma participação ativa durante as discussões. Algumas sugestões foram levantadas e todos se colocaram a disposição para auxiliar no surgimento de dúvidas ou dificuldades. A partir deste encontro, sentimos que o grupo estava disposto a nos receber e que nossas contribuições seriam de grande valia e que possibilitariam uma interação entre todos os envolvidos.

O convívio, a troca de experiências e a gradativa interação com a equipe, nos possibilitaram realizar um planejamento mais efetivo, onde pudemos discutir as ações e os meios de implementação destas, principalmente no que diz respeito à implantação dos grupos de gestantes no período da manhã. Neste sentido, tivemos a total aceitação da equipe em relação ao estabelecimento do grupo, onde cada qual colaborou, dentro das suas potencialidades e condições, para o sucesso da atividade. O primeiro passo foi convidar as gestantes atendidas pela equipe e que não se encontravam inseridas em grupos, a participarem do encontro inicial marcado para 01/08/2002. Além disso, pudemos contar com a colaboração da equipe vespertina, principalmente com o médico, que encaminhou algumas gestantes que desejavam realizar o acompanhamento pré-natal pela manhã.

A discussão das ações constantemente com os demais profissionais da equipe favoreceu a interdisciplinariedade, o que resultou no aperfeiçoamento da nossa prática e contribuiu ainda mais para o alcance deste objetivo.

Consideramos este objetivo alcançado, pois durante a realização das ações previstas, pudemos contar com a participação da equipe, o seu envolvimento no planejamento e decisões de condutas, bem como na avaliação dos resultados obtidos.

## 7.2 OBJETIVO 2

CONSTRUIR UMA RELAÇÃO DE TROCA COM A MULHER GESTANTE E SUA FAMÍLIA, NA TENTATIVA DE CONHECER SUA REALIDADE EXISTENCIAL.

Promover a nossa interação com a gestante e sua família, foi objetivo gerador de anseios e expectativas, pois acreditávamos que o estabelecimento de uma relação de troca ocorreria apenas de forma gradativa e se construiria com o tempo, e isto poderia se tornar um fator problematizador devido ao curto período em que permaneceríamos na instituição. Porém, com o decorrer do estágio, nos surpreendemos ao perceber que o tempo é fator importante para a relação mútua, mas não é um fator impeditivo para que esta se estabeleça. Isto se tornou evidente durante as consultas de enfermagem de acompanhamento pré-natal, onde tivemos os primeiros contatos com as gestantes, que já estavam previamente agendadas para a enfermeira do CS.

Para a nossa surpresa, já na primeira consulta, foi possível vivenciar uma relação de empatia e descontração com algumas gestantes, como foi o caso da *Alegria* e da *Amizade*, que relataremos a seguir:

*“A Alegria, uma gestante de 18 anos, grávida pela primeira vez, veio ao CS para sua primeira consulta pré-natal. Muito insegura, referindo alguns desconfortos e completamente ansiosa, foi logo tirando da bolsa uma lista com várias perguntas relacionadas a gravidez. O fato gerou risos, pois bem descontraída ela disse que ao saber todas aquelas respostas já poderia se considerar uma mãe experiente. A medida que a consulta foi sendo desenvolvida e fomos conversando sobre as dúvidas e orientações do processo gestacional, conseguimos estabelecer um clima de amizade e simpatia. Tanto que antes de nos despedirmos, ela me olhou e disse:  
- Na próxima consulta é você que vai me atender, não é?”*

*Alessandra*

*“A Amizade, com 34 anos, sendo esta a segunda gravidez, já havia realizado algumas consultas com outros profissionais, e por este motivo, ao entrar no consultório, antes mesmo que pudesse me identificar, ela foi logo indagando:  
- A médica vai demorar? É ela que vai me atender, não é?  
Então me apresentei explicando a razão pelo qual eu iria atendê-la e perguntei a ela se teria alguma objeção. Timidamente, ela respondeu que não tinha nenhum problema. Fiquei com receio devido a esta atitude inicial, pois me parecia que ela temia ser atendida por mim. No entanto, o decorrer da consulta foi descontraído e agradável, onde muitas dúvidas foram sanadas e até nos permitimos algumas risadas. Ao término, convidei-a para participar do grupo de gestantes e ela respondeu:*

- Não posso vir, pois eu trabalho.

Respondi que seria uma pena, pois este era nosso primeiro encontro grupal e sua presença se tornaria enriquecedora. Então ela disse:

- Sendo assim vou fazer de tudo para vir.

Para minha imensa satisfação, ela compareceu ao grupo.”

Gabriela

Nos depararmos, na maioria das vezes, com mulheres que por natureza eram muito comunicativas e acessíveis, o que possibilitou uma interação mais fácil. Porém, como nem todas as pessoas são iguais e sim, seres singulares, com características próprias, nos deparamos também com pessoas introspectivas, onde precisamos do tempo para cultivar a relação. Para enfatizar esta situação, citaremos o caso da Esperança:

“A Esperança é uma jovem de 22 anos, grávida pela terceira gravidez vez que, conforme informações obtidas com a enfermeira do CS, esta era uma gravidez indesejada e inesperada, pois seu parceiro relatara não engravidar ninguém pois não tinha um testículo. Durante uma visita realizada ao seu irmão, aproveitamos a oportunidade para convidá-la a retornar ao CS para o acompanhamento pré-natal, já que esta era uma gestante faltosa. Nesse primeiro contato, pude observar que a Esperança era muito introspectiva, mas seu olhar expressava também muito sofrimento, angústia e desespero, o que pude constatar na primeira consulta.

No dia da consulta, assim que chegou ao CS, procurei chamá-la rapidamente, pois conforme comentários da equipe ela é do tipo que não espera, vai embora logo. Ao entrar no consultório, cumprimentei e ela não respondeu. Fiz algumas perguntas na tentativa de interagir um pouco, mas ela permaneceu calada, mas aquele olhar representava um pedido de socorro, eu não conseguia nem explicar. Realizei o exame físico e na ausculta dos batimentos cardíacos ela se manteve ausente, como se não quisesse acreditar que estava ali. Já no final da consulta, na minha aflição de não conseguir estabelecer um contato, voltei a perguntar se ela gostaria de esclarecer alguma dúvida e com um sorriso irônico e uma idéia premeditada, ela afirmou:

- "Eu posso tomar a vacina da rubéola, né?"

E eu respondi que agora não era o período correto. Então ela afirmou:

- "Dá aborto, né?"

Senti naquele momento que ela buscava ainda uma forma de solucionar o problema relacionado a gravidez, na tentativa de interrompe-la. Por isto respondi:

- "Esperança, nesta época da gravidez a rubéola pode causar problemas para o bebê, como cegueira, surdez, retardo mental, mas aborto não." Reforcei isto, pois ela poderia receber a vacina em outro local, sem avisar da gestação, na tentativa de um abortamento.

Ao término da consulta senti-me desafiada a dar continuidade ao atendimento desta gestante, pois a tentativa de interação tornou-se frustrante e eu precisava descobrir uma forma de ajudar aquela mulher. Marcamos então o retorno da consulta para o dia do grupo de gestante, porém ela afirmou não ter interesse em participar do grupo, viria apenas para a consulta, o que foi marcada para um horário antes do encontro com as gestantes.

Dois dias antes do retorno, ao voltarmos de uma visita domiciliar a encontramos na rua e logo reforcei a data e o horário do nosso encontro, o que a deixou surpresa, pois não se recordava mais e pensava que era no período vespertino.

Nesta segunda consulta a Esperança estava mais alegre e comunicativa. Ao verificar que o resultado do exame Anti-HIV foi negativo, nós quase que simultaneamente suspiramos aliviadas, o que gerou um breve momento de descontração. Perguntei como estava sentindo-se e ela espontaneamente respondeu que estava melhor, menos preocupada. Durante o exame físico conseguimos

*estabelecer uma certa interação, principalmente nas brincadeiras que eu fazia em relação as transformações do corpo e sem que eu esperasse ela falou baixinho:*

*- "Agora estão brigando para ser o pai do bebê! E continuou: - O Outro garoto disse que era o pai, aí ele (o pai) ficou com ciúme e falou que ele é que era o pai, e que ia dar as coisas pro bebê."*

*Este relato justificou a sua mudança de comportamento. A partir desse episódio ela passou a contar com outra pessoa, teria alguém para dividir a responsabilidade de criar um filho. Com certeza as dificuldades financeiras, econômicas e sociais permaneceriam, mas o alívio estava na participação ativa do outro autor.*

*Quando terminamos a consulta, o grupo de gestante já estava se organizando para dar início às atividades, então reforcei o convite para ela entrar e participar. Inicialmente ela protelou, falando que era necessário pegar os remédios e marcar os seus exames, porém esclareci que estas coisas poderiam ser feitas depois do grupo, se fosse da vontade dela participar. Bastante tímida e desconfiada ela entrou na sala e se integrou ao grupo. Nesse momento me senti realizada, pois o meu esforço tinha valido a pena. Poder contar com a sua presença no grupo foi uma resposta positiva no que diz respeito a interação gestante / enfermeira, demonstrando termos atingindo um certo grau de confiança e troca na relação."*

*Alessandra*

A partir desta vivência, começamos a descobrir que nem sempre a palavra é o maior instrumento da relação. Muitas vezes o silêncio e as expressões conseguem transmitir muito mais que várias palavras. Confessamos que atitudes introspectivas como estas nos "desarmam" e que, muitas vezes, nos flagramos com sentimento de impotência diante de tal comportamento. Entretanto, vivenciar uma experiência contrária às anteriores nos impulsionou a enfrentar este desafio, pois percebemos que a efetiva relação de troca é uma conquista fundamental para que o processo de educação e saúde seja efetivamente saudável.

Tivemos também, muitas oportunidades de interagirmos com gestantes que realizavam consulta pré-natal pela primeira vez. Isso nos favoreceu muito, pois o vínculo se tornava ainda mais forte e evidente no momento em que lhes concebíamos a oportunidade de escutar as batidas do coraçãozinho de seu bebê pela primeira vez. A emoção mútua era ainda maior quando se tratava de uma primigesta. Sentíamos que neste momento elas começavam a acreditar que era real a gravidez, e que, as mudanças de comportamentos após este momento era perceptível, pois as gestantes começavam a fazerem mais perguntas e interagirem mais conosco. Podíamos perceber a satisfação em seus rostos ao término da consulta.

Contudo, a relação que se vivencia dentro do consultório durante as consultas, é muito intensa, pois nos permite um momento individual, onde interagimos e compartilhamos algumas alegrias, anseios, dúvidas, medos e particularidades direcionadas a cada gestante. Estes momentos, no entanto, são diferentes àqueles que vivenciamos nos grupos terapêuticos, sendo que nas relações de grupos a interação é tão intensa quanto nos consultórios, mas as abordagens normalmente são de interesse coletivo.

Mais adiante relataremos detalhadamente como se deu o processo de organização, implantação e desenvolvimento do grupo de gestantes do período matutino no CS Itacorubi, sendo que neste momento, destacaremos apenas alguns aspectos relevantes, no que diz respeito à interação e relação de troca entre gestantes e equipe de saúde da família, durante a realização dos grupos.

Consideramos como uma primeira grande conquista na relação com a gestante, a sua presença e participação durante os grupos terapêuticos, já que o convite inicialmente surge durante a consulta pré-natal. Dentre aproximadamente 25 gestantes das quais atendemos durante o período de nossa permanência no CS, apenas 2 gestantes recusaram o convite de participarem do grupo, sendo que uma delas não tinha disponibilidade nos horários propostos pois teria que trabalhar e, a segunda, trata-se então da *Esperança*, a qual relatamos anteriormente que, assim como a *Amizade*, nos surpreenderam com suas presenças.

A relação entre as gestantes e a equipe durante o grupo vespertino, o qual tivemos a oportunidade de participar, nos transmitiu muita descontração e entrosamento entre os participantes, talvez isto se dê ao fato de já se conhecerem por terem participado anteriormente de outros encontros. Apenas uma das gestantes presente participava pela primeira vez. Pudemos atuar ativamente no grupo e foi muito enriquecedor o momento de troca que vivenciamos, pois pudemos contribuir e aprender simultaneamente com as pessoas ali presentes (gestantes e profissionais). Embora não conhecêssemos as gestantes, sentimos uma boa receptividade por parte destas e da equipe.

O grupo realizado pela manhã apresentou algumas características diferentes, talvez por ser o primeiro contato entre as gestantes presentes. Inicialmente encontravam-se pouco comunicativas, dando a impressão que não imaginavam o que poderia acontecer. Após algumas dinâmicas de entrosamento e interação, a maioria delas participaram entusiasmadamente. Todavia, a *Esperança* e a *Felicidade* permaneceram um pouco resistentes ao que era proposto. Ficamos angustiadas com a situação e, na tentativa de inseri-las ao grande grupo, fomos motivando-as a participarem, até que, em determinado momento, observamos que estas iam realizando timidamente as atividades. Ficamos imensamente felizes ao percebermos que ambas foram se envolvendo com as atividades, apesar de se comportarem de forma retraída. Porém, suas reações individuais aos poucos foram cedendo lugar à participação junto ao grupo. Ao final do encontro, estas participavam ativamente das dinâmicas e dos assuntos inerentes a gestação. A interação parecia completa, onde todas contribuíram com seus depoimentos e compartilhavam seus conhecimentos. Ficaram muito

satisfeitas com as respostas das dúvidas que tinham, sendo que a maioria foram respondidas por elas próprias; nós apenas complementávamos com diferentes idéias.

Percebemos, através das falas e das reações das gestantes, o quanto é importante a promoção de momentos como estes. Algumas se encontravam muito a vontade com o grupo e demonstraram-se completamente envolvidas e relaxadas naquele momento, que era só delas. Algumas fizeram colocações as quais destacamos:

“É muito bom este espaço para nós, nos ajuda muito.”

Amizade

“Foi muito legal, pena que foi por pouco tempo, deveria ser a manhã toda.”

Amor

Tampouco, a construção de uma relação mútua de envolvimento e troca se restringe ao CS. Durante as visitas domiciliares, esta construção pode tornar-se ainda mais completa, uma vez que estamos “entrando” em seu espaço: seu lar. Através das visitas domiciliares, podemos conhecer de perto a realidade existencial na qual a gestante está inserida, bem como conhecer o contexto e a situação em que vivem, possibilitando assim, a oportunidade de compreender melhor alguns anseios, medos ou reações destas, durante as consultas ou grupos terapêuticos.

Realizamos durante o estágio diversas visitas domiciliares a gestantes e puérperas e foi através de uma visita domiciliar, que conhecemos um pouco da realidade existencial da *Esperança*. Foi também através da visita que conquistamos seu interesse de retomar ao CS para dar continuidade ao seu acompanhamento pré-natal.

Consideramos ter alcançado o objetivo, pois, além de obtermos um retorno favorável das gestantes, através de palavras e ações, conseguimos proporcionar as gestantes o acompanhamento pré-natal contínuo.

### 7.3 OBJETIVO 3

#### INCENTIVAR A PARTICIPAÇÃO DAS MULHERES GESTANTES NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL.

Para que este objetivo pudesse ser alcançado, organizamos as atividades em 4 etapas:

- Levantamento das gestantes
- Levantamento das gestantes faltosas
- Busca ativa das gestantes faltosas
- Consulta de enfermagem

Para fazer o levantamento das gestantes, selecionamos todos os prontuários que já estavam previamente organizados, no arquivo do CS. A partir de então resgatamos uma listagem que já existia, porém estava desatualizada. Ao manusear estes prontuários, percebemos que havia algumas gestantes que eram atendidas no CS Itacorubi, porém não pertenciam a comunidade. No entanto, todas as gestantes que realizavam o acompanhamento pré-natal no CS, constavam na listagem. Contamos também com o apoio dos agentes comunitários de saúde, que nos repassaram a listagem das gestantes pertencentes a cada microárea da área de abrangência da comunidade do Itacorubi.

Organizamos a relação das gestantes, constando seu nome completo, número de prontuário, data provável do parto (para obtermos maior controle das quais possivelmente já ganharam bebê), grupo de gestantes o qual estavam inseridas, microárea a que pertenciam e endereço com referências (*em anexo 1*).

Durante a análise dos prontuários, já foi possível detectarmos quais gestantes encontravam-se em situação de atraso nas consultas pré-natais. Constatamos que de 48 gestantes que eram atendidas no CS (após algumas semanas este número aumentou, pois chegaram novas gestantes), 12 encontravam-se com atraso nas consultas. Porém, apenas 5 destas gestantes estavam efetivamente em atraso, pois as demais já haviam recebido visita domiciliar anteriormente e constava no prontuário o motivo da falta: mudança de endereço, realização de acompanhamento pré-natal em outra localidade ou em rede particular e nascimento do bebê.



Agendamos as visitas através dos agentes comunitários de saúde e, juntamente com eles, fomos até o domicílio destas gestantes para sabermos o motivo real que as impediam de dar continuidade ao acompanhamento e convidamo-las a retornarem ao CS para realizarem as consultas restantes.

A primeira gestante visitada alegou não ter comparecido na consulta, pois devido a perda das requisições não tinha realizado os exames solicitados. Explicamos que para obter as requisições dos exames novamente seria necessário seu retorno ao CS para realizarmos a remarcação. No mesmo dia, no período vespertino ela foi pegar as novas requisições e optou também em retornar ao acompanhamento neste mesmo período.

Durante uma visita domiciliar ao irmão de uma gestante faltosa, aproveitamos a oportunidade para esclarecer sobre os fatores relacionados ao acompanhamento pré-natal, na tentativa de conscientizá-la sobre a importância da continuidade deste. Na data marcada para o retorno, conforme combinado durante a visita, esta compareceu com alguns exames já realizados, mesmo demonstrando desinteresse pela gravidez e conseqüente acompanhamento.

Realizamos mais duas visitas a outras gestantes. Numa delas, fomos até o endereço que constava no prontuário, porém na referida rua não existia o número da residência e os vizinhos também não conheciam a família. Na outra, chegamos na residência mas não havia nenhum morador no local. Perguntamos ao vizinhos sobre esta família e segundo as informações fornecidas eles haviam mudado de endereço recentemente. A quarta gestante a qual pretendíamos ir ao domicílio, foi visitada por um acadêmico de medicina, onde agendou junto a ela o retorno para consulta no CS. Não comparecendo à consulta, fizemos nova visita sendo que a mesma não foi encontrada no domicílio.

Outras visitas domiciliares foram realizadas àquelas gestantes que faltaram ao grupo ou a consulta de pré-natal e que anteriormente encontravam-se com acompanhamento mensal regular; e também aquelas que surgiram durante nossa permanência no CS.

Tendo como objetivo principal estimular a participação da gestante e família no acompanhamento pré-natal, buscamos também através das consultas enfatizar a importância do pré-natal e incentiva-las a dar prosseguimento a este. Para isto, a cada consulta realizada deixávamos o retorno previamente agendado de acordo com a disposição de cada gestante, reforçando também a sua participação no grupo.

Sendo assim, consideramos o objetivo alcançado uma vez que as gestantes contatadas retornaram ao serviço de saúde para continuar o acompanhamento pré-natal e aquelas já atendidas nas consultas demonstraram-se motivadas para retornarem..

## 7.4 OBJETIVO 4

DESENVOLVER ATIVIDADES EDUCATIVAS COM GESTANTES, FAMÍLIA E EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ENVOLVIDOS NO PROCESSO GESTACIONAL, COM O INTUITO DE PROMOVER A SAÚDE.

Inicialmente, devido a grande demanda nos grupos de gestantes no período vespertino, sentimos a necessidade de implantar, juntamente com a equipe, grupos de gestantes no período matutino para que as gestantes pudessem escolher o melhor horário de acordo com seu tempo livre. A partir do levantamento de gestantes atendidas no CS, como citamos no objetivo anterior, detectamos também que muitas gestantes não estavam inseridas nos grupos terapêuticos, isto porque estas vinham sendo acompanhadas pela manhã e neste período não era desenvolvida atividade de grupo.

A formação e implantação dos grupos de gestantes deram-se então, de forma gradativa, já que necessitávamos conhecer as gestantes que não estavam inseridas nos grupos vespertinos, na medida em que estas compareciam nas consultas previamente agendadas no período matutino, para então, convida-las a participarem dos grupos.

Nossa intenção inicial era de desenvolvermos os grupos de gestantes semanalmente, contudo, a dinâmica de funcionamento dos grupos vespertino é mensal. Organizamos então, nossos encontros mensalmente, sendo que as consultas seriam realizadas na seqüência, conforme a rotina de assistência estabelecida pela instituição.

De acordo com a rotina de atendimento do pré-natal de baixo risco desenvolvida no CS, as consultas são intercaladas entre os profissionais da medicina e da enfermagem, ou seja, a cada mês a gestante possui a chance de receber assistência médica ou de enfermagem, conforme agendamento. Estas consultas, também são realizadas por acadêmicos dessas áreas, devido o local também ser um CS escola.

Para conhecermos a organização dos grupos de gestantes existentes, participamos de um encontro realizado à tarde. Este grupo, na sua organização abrange cerca de oito gestantes por encontro, tendo sempre como orientador um profissional da saúde, podendo ser acadêmicos de medicina ou enfermagem e/ou funcionário do CS. O encontro no qual participamos, teve início as 15:30 horas, iniciando com a apresentação de cada participante.

Na seqüência, o espaço foi destinado ao esclarecimento de dúvidas e compartilhamento de experiências entre as gestantes. O término do encontro foi às 16:20 horas.

Procuramos, baseadas nesta experiência, organizar nossas propostas para realização do grupo de gestantes no período matutino. Para facilitar o desenvolvimento deste encontro, propusemos a organização do mesmo em cinco etapas, dentre elas:

- 1ª - preparação do ambiente e acolhimento;
- 2ª - apresentação e interação dos participantes;
- 3ª - dinâmica corporal;
- 4ª - troca de experiências e conhecimentos e;
- 5ª - reflexão e avaliação do encontro.

Acreditamos que um ambiente acolhedor e reservado é importante, pois favorece o bem estar das pessoas. As gestantes então poderão sentir-se mais à vontade e aconchegadas, tornando-se desarmadas e motivadas a participarem. Não menos importante é o acolhimento, pois quando agradável e afável, serve como estímulo e convite à participação de novos encontros. A apresentação individual de cada membro também é um fator que favorece a participação, pois faz com que o grupo torne-se mais coeso, facilitando assim a partilha dos sentimentos e expectativas, bem como reforça os laços de interação e afetividade. Quando as pessoas se conhecem e tornam-se colegas, tendem a expor de forma mais aberta e natural seus pensamentos, contribuindo com a discussão dos temas e dos assuntos levantados pelo grupo. A dinâmica corporal além de contribuir para entrosamento do grupo, favorece momentos de relaxamento aos participantes, bem como colabora para a diminuição das tensões e alívio do estresse causado pela rotina do dia a dia. Consideramos também, de suma importância para o desenvolvimento do trabalho grupal, proporcionar momentos para troca de conhecimentos e experiências, pois isto permite que cada pessoa reavalie sua vivência a partir da vivência do outro, amenizando muitas vezes alguns sofrimentos, e contribuindo para o amadurecimento e crescimento pessoal de cada um. Também contribui para o aprendizado, principalmente quando o outro vivencia esta mesma (ou semelhante) experiência, sendo que os assuntos a serem discutidos, são propostos pelas próprias gestantes. Outro aspecto importante deste momento nos grupos é que permitem a gestante expor seus sentimentos, medos, dúvidas e anseios decorrentes da gravidez; o espaço favorece para que elas “se soltem” e aprendam a lidar com esta nova experiência. O momento de reflexão planejado propõe às gestantes para que reflitam sobre a experiência vivenciada e sobre seus sentimentos. Consideramos a avaliação do encontro primordial para avaliar os resultados obtidos com a realização do mesmo, e para melhor organização e planejamento dos próximos encontros.

A partir desta organização, realizamos o grupo no dia 01/08/2002, com início as 9:15 horas e término as 10:15 horas, com a presença de oito gestantes e nós acadêmicas de enfermagem. Ficamos muito contentes por podermos contar com 100% de presença das gestantes convidadas, pois isto nos reafirmou a existência de uma relação favorável a partir da primeira consulta. O decorrer do grupo foi muito satisfatório e as discussões acerca dos assuntos levantados foram muito produtivas e ricas em conhecimentos. Consideramos a avaliação do encontro positiva, sendo que as gestantes afirmaram terem gostado de participar do grupo, pois construíram muitas coisas e puderam “esquecer o mundo lá fora” e se sentirem à vontade naquele espaço que, segundo elas, foi muito importante. O relato completo e detalhado do desenvolvimento do grupo encontra-se em *anexo 2*.

Tivemos a oportunidade de a partir do grupo, desenvolvermos com a participação das gestantes, um *folder*, o qual aborda assuntos inerentes aos desconfortos da gravidez, sendo que estes foram os assuntos discutidos durante o encontro. (*Anexo 3*)

Planejamos também a realização do 2º grupo de gestantes no período matutino, porém este teve que ser adiado por demanda insuficiente das gestantes. Atribuímos este fato ao curto período de tempo de estágio que tivemos para convidá-las a participarem dos grupos. Algumas gestantes também foram e continuam sendo encaminhadas para a participação nos grupos da manhã pelos acadêmicos de medicina e pelo médico que trabalham no período vespertino, conforme a necessidade de cada gestante.

Numa outra oportunidade, fomos convidadas a planejar e coordenar um grupo de gestantes no período da tarde. Este ocorreu no dia 13/08/02, com início às 15:30 horas e término às 16:30 horas. Neste encontro estavam presentes seis gestantes, nós, acadêmicas de enfermagem, um acadêmico de medicina e uma auxiliar de enfermagem. A organização do encontro aconteceu de forma semelhante ao grupo matutino realizado no dia 01/08/2002, sendo que mudamos apenas as dinâmicas corporais utilizadas e os assuntos abordados, que se trataram de mudanças e cuidados com o corpo durante a gravidez. Novamente observamos a participação ativa e o interesse dos envolvidos. A avaliação, por parte destes, foi de muito envolvimento e relaxamento. Citamos alguns relatos:

*“Cheguei a me arrepiar na hora em que você disse para procurarmos nossos sentimentos, comecei a refletir e muitos sentimentos vieram à tona”.*

*Angústia*

*“Deveria ter sempre estas músicas tocando, relaxa muito...”*

*Paz*

Organizar e participar de grupo de gestantes foi uma experiência, particularmente, muito enriquecedora para nós, enquanto acadêmicas de enfermagem e futuras profissionais. Isto porque acreditamos que a formação e participação da comunidade em grupos terapêuticos são de significativa importância para a promoção da saúde, pois além de proporcionar momentos de interação e troca de experiência entre os integrantes do processo, promove ainda a construção do saber entre gestante, família e profissionais da saúde.

Devido às atribuições diárias de trabalho, conforme esclarecido pelas gestantes, nenhum familiar pode acompanhá-las aos grupos, embora fossem convidados e reforçado a importância de suas presenças durante as consultas. Todavia, consideramos plenamente alcançado o objetivo, uma vez que houve grande colaboração e participação das gestantes nas atividades de grupos e que, as avaliações realizadas aos finais destes, expressaram largamente a compreensão dos envolvidos acerca da importância dos grupos terapêuticos e suas participações, tendo em vista a construção de um processo educativo mais saudável e prazeroso.

## 7.5 OBJETIVO 5

### IDENTIFICAR E ENCAMINHAR GESTANTES DE ALTO RISCO

No decorrer do estágio, mais especificamente durante as consultas de enfermagem, estivemos sempre atentas aos fatores que pudessem desencadear uma gestação de alto risco. Para isto, organizamos as consultas seguindo uma rotina básica: revisão do prontuário e análise das condutas anteriores; exame físico completo com verificação de peso, pressão arterial, altura uterina, batimentos cardíacos; avaliação dos exames laboratoriais realizados e solicitação de novos exames, se necessário e conforme normatizações vigentes; encaminhamentos multiprofissionais (medicina, nutrição, odontologia) quando necessários e agendamento da próxima consulta. Além disso, procuramos conscientizar as gestantes para realizarem o exame colpocitológico, no caso de terem realizado este há mais de um ano. De

acordo com sua vontade, a coleta era realizada durante a consulta, onde nos preocupamos em observar possíveis alterações ginecológicas.

Nos deparamos, muitas vezes, com alguns fatores que indicassem possível gravidez de alto risco, como por exemplo, gestantes obesas ou de baixo peso. Estes pressupostos clínicos nos instigaram, juntamente com alguns profissionais, a analisar o perfil destas gestantes também antes da gravidez, onde concluímos que a grande maioria ao engravidar já possuía alterações de peso. Considerando este fato, acrescido do bem estar físico/fisiológico que vinham apresentando, encaminhamo-las então para uma avaliação nutricional no próprio CS, não necessitando, inicialmente, do acompanhamento de alto risco.

De acordo com a revisão literária, outros indicadores de gravidez de alto risco não foram manifestados por nenhuma de nossas clientes, não necessitando então realizarmos encaminhamentos para linha de atenção secundária. Sendo assim, acreditamos que este objetivo foi alcançado, pois durante todas as nossas condutas estávamos atentas a estes fatores.

## 7.6 OBJETIVO 6

COLABORAR COM A ROTINA ASSISTENCIAL DA UNIDADE DE SAÚDE  
DESENVOLVENDO ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Na tentativa de interagirmos com a equipe e comunidade, procuramos desenvolver atividades assistenciais e administrativas durante toda nossa permanência no campo, contribuindo assim com a rotina e funcionamento do CS e aprimorando nossos conhecimentos e habilidades práticas. Dentre as principais atividades realizadas, podemos destacar:

- ❖ *Consulta de enfermagem com coleta de material colpocitopatológico:* procuramos utilizar estes momentos para esclarecer junto a cliente suas principais dúvidas sobre aspectos inerentes ao exame e também conscientizá-la sobre os cuidados com o corpo, auto exame de mamas, prevenção de DSTs e sexualidade, bem como, aspectos

relacionados ao planejamento familiar. Diariamente, realizávamos em média, quatro consultas.

- ❖ *Consulta de enfermagem à puérpera:* procuramos dar ênfase nestas consultas aos aspectos psicológicos vivenciados no momento, pois o processo de nascimento, muitas vezes, afeta a auto estima da mulher e esta torna-se mais insegura e ansiosa em relação ao seu corpo e cuidados com o bebê. Ao realizarmos o exame físico, nos atínhamos aos aspectos biológicos do puerpério, como loqueação, altura uterina, suturas e mamas, reforçamos também a importância do seu auto cuidado, no que diz respeito a higiene, cuidados com as mamas, alimentação, sono, repouso e vaidade. Na medida do possível, pedíamos as mães que amamentassem seus bebês para podermos avaliar a pega e sucção deste. Realizamos aproximadamente 5 atendimentos à puérperas, no decorrer do estágio.
- ❖ *Consulta de enfermagem para planejamento familiar:* estas consultas de enfermagem no CS Itacorubi abrangem a sexualidade dentro de uma visão ampla, onde os objetivos não se resumem apenas as orientações sobre métodos contraceptivos, embora estes sejam abordados, oportunizando que a cliente escolha o melhor método para si e seu parceiro. Aproveitamos o momento também, para abordarmos temas relacionados às doenças sexualmente transmissíveis, enfatizando o uso de preservativos não somente como contracepção, mas principalmente como prevenção destas doenças.
- ❖ *Atividades na sala de vacinação:* a campanha de vacinação contra a rubéola para mulheres em idade fértil, de 12 a 39 anos, que ocorreu durante nossa permanência no campo, o que possibilitou a aplicação de vacinas e orientações sobre as contra-indicações e os possíveis efeitos colaterais. Outras vacinas foram administradas como: anti-hepatite, anti-sarampo e anti-tétano.
- ❖ *Visitas Domiciliares:* visitamos alguns usuários do CS, conforme agendamento prévio, com o objetivo de conhecer a realidade existencial e orientar sobre os eventuais motivos que levaram a solicitação destas visitas. Dentre estes, podemos citar: criança em situação de risco; recém nascido com choro persistente; jovem com lesão recorrente em MID, residência com problemas de saneamento básico, entre outros. Realizamos em média, no decorrer do estágio, cerca de 8 visitas domiciliares.



- ❖ *Atividades na sala de procedimentos:* realizamos procedimentos como curativos, verificação de PA, glicemias capilares, nebulizações, retiradas de pontos, retirada de corpo de estranho, aplicação de medicações injetáveis e controle de materiais.
- ❖ *Atividades administrativas:* dentro do setor administrativo do CS, contribuímos com a organização e desenvolvimento dos trabalhos realizando, dentro do possível, algumas marcações de consultas, preenchimentos de guias para exames e relatórios de atendimento ambulatorial individual (RAAD), abertura de prontuários e atualização do SISVAN.
- ❖ *Repasso de medicamentos após as consultas e orientações sobre o uso correto e possíveis efeitos adversos,* onde auxiliamos no funcionamento e dinâmica da farmácia.

Com o desenvolvimento destas atividades relacionadas à rotina do CS, pudemos atuar de forma ativa na prevenção das doenças, bem como na promoção e recuperação da saúde da população, alcançando assim o objetivo proposto.

## 7.7 OBJETIVO 7

### BUSCAR APRIMORAMENTO PROFISSIONAL

O nosso aperfeiçoamento profissional teve grande crescimento quando iniciamos a revisão literária, necessária para a realização desta prática assistencial, pois o embasamento teórico torna-se fundamental para desenvolvimento das atividades propostas.

Antes mesmo de iniciarmos a prática assistencial, tivemos a oportunidade de participar da 2ª SEPEX (Semana de Pesquisa e Extensão da UFSC), realizada no período de 12 a 14/06/2002 na qualidade de monitoras, onde desenvolvemos demonstrações e orientações sobre o trabalho de parto, tipos de parto e informações relacionadas ao processo gestacional. Este evento nos propiciou uma maior experiência com o público, o que facilitou também

nossos primeiros contatos com as gestantes no CS, além de aprofundar nossos conhecimentos em relação ao tema. A declaração de participação encontra-se em *anexo 4*.

Nos dias 22 à 26/07/2002, ocorreu o treinamento introdutório para as equipes de Saúde da Família, no município de Tijucas, o qual tivemos a oportunidade de participar. Neste curso, a troca de experiência sobre a forma de atuação entre os profissionais dos diferentes municípios, nos permitiu ampliar nossos horizontes em relação a estratégia da Saúde da Família, bem como nos instigou a sermos pessoas mais críticas e menos passivas diante das dificuldades encontradas na implantação e desenvolvimento das práticas desta estratégia. A participação neste evento está comprovada no *anexo 5*.

No dia 21/08/2002, às 19 horas, participamos juntamente com a enfermeira do CS de uma reunião de pais que aconteceu no Centro de Educação Complementar - CEC, a pedido da coordenadora desta instituição. Nossa participação teve como objetivo principal discutir com os pais fatores relacionados à higiene corporal das crianças, um problema que segundo ela, estava se tornando agravante. Nesta reunião estavam presentes cerca de 30 pais e 7 funcionários do CEC. Após as apresentações, a enfermeira fez uma breve reflexão sobre as condições de vida de cada família e a importância dos pais estarem atentos à saúde dos filhos, onde enfatizou o cuidado com o corpo. Também aproveitou a oportunidade e fez um retrospecto da dinâmica do bairro Itacorubi, onde alguns relataram sobre a violência crescente do bairro e ela reforçou a importância da comunidade está organizada para poder lutar pelos seus direitos, onde falou brevemente sobre o Conselho Local de Saúde, uma forma dos moradores se unirem para debaterem sobre os problemas do bairro e com isto encaminhar suas solicitações à prefeitura. Esta reunião para nós foi de muito aprendizado, pois até então, não tínhamos tido um contato formal com a comunidade e conseguimos também visualizar a postura profissional do enfermeiro perante as necessidades da população, fora do seu ambiente de trabalho.

Acreditando que o processo educativo é de caráter dinâmico e permanente, onde cada um torna-se sujeito de sua própria educação, é que nos dispomos a constante renovação do saber, possibilitando assim o desenvolvimento de um olhar mais amplo sobre tudo aquilo que nos cerca. Diariamente, no decorrer da prática assistencial sentimos constantemente a necessidade da atualização dos conhecimentos teóricos, onde buscamos através de leituras e discussões, com profissionais e clientela, consolidar a construção do saber promovendo a educação em saúde, considerando assim nosso objetivo alcançado.



*“Talvez, não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito. Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser, mas graças a Deus, não somos o que éramos.”*

*Martin Lutehr King*

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver uma prática assistencial com abordagem educativa-reflexiva, envolvendo a participação de todos no processo de construção do saber, foi para nós acadêmicas um grande desafio, pois durante toda nossa experiência acadêmica estávamos condicionadas a imposição do saber, onde pouco importava o conhecimento do outro. Durante as leituras sobre Paulo Freire nos deparamos com uma forma de aprendizado diferente, porém muito dinâmica e humanizada, o que nos fez refletir sobre nossos principais conceitos de cuidado e enfermagem e, sobre nossa atuação enquanto futuros profissionais da saúde.

A cada leitura, a cada estudo, a cada reflexão, nos sentimos mais envolvidas e certas de que esta prática inovadora e transformadora ia de encontro com nossas expectativas e objetivos. A idéia de discutir e construir junto ao cliente a melhor estratégia de prevenção, promoção e manutenção de sua saúde, partindo do seu conhecimento adquirido, nos impulsionou a desenvolver uma assistência mais humanizada e consciente.

De encontro a esta proposta, obtivemos durante todo o estágio, um retorno satisfatório e enriquecedor diante das ações desenvolvidas, principalmente na edificação da relação de troca com o cliente e comunidade e, no que diz respeito à construção de um processo educativo mais participativo e saudável. Na descoberta de diferentes contextos, culturas, costumes e vivências, tornou possível um enriquecimento interior muito grande, o qual transcende qualquer aprendizado profissional.

Trabalhar com gestantes, especificamente, nos proporcionou uma experiência gratificante, pois pudemos acompanhá-las, por um pequeno período de tempo, na evolução do ciclo da vida, no qual compartilhamos expectativas, angústias, alegrias e, principalmente, mudanças, sejam elas físicas ou comportamentais. Neste sentido, acabamos transformando muito de nossos paradigmas e valores, o que contribuiu para nosso aprendizado e crescimento pessoal, refletindo também em nossas condutas profissionais.

O desenvolvimento de nossas práticas dentro da Estratégia da Saúde da Família, nos fez acreditar ainda mais nesta nova proposta de melhoria na qualidade de vida. Aprendemos



que todo processo de mudança exige paciência, conscientização e persistência, basta ser profissional e acreditar que é possível mudar. Sabemos que é difícil este processo de transformação, que é difícil fazer com que as pessoas aceitem as novas propostas e os desafios, porém o resultado depende muito da parcela de contribuição que cada um se dispõe a oferecer. Hoje começamos a trilhar um longo caminho dentro da enfermagem, estamos certas que este caminho nos reserva muitas surpresas, obstáculos e desafios, porém aprendemos nesta etapa de formação que é necessário fazer do conhecimento, da dedicação e da competência uma arma para conquistarmos o nosso lugar e sermos reconhecidas enquanto pessoas e profissionais.

Finalizando nosso trabalho, levamos como instrumento de motivação e comprometimento, uma frase que resume nossa expectativa em relação ao processo de construção, a qual citaremos a seguir, o que nos faz acreditar que é necessário perseverar sempre, pois o que fazemos hoje talvez só terá resultados no amanhã:

*“Plantam-se algumas sementes hoje, porém há necessidade de regar o solo fértil da conscientização, para mais tarde poder colher os frutos que plantamos.”*

*Autor Desconhecido.*



*“O verdadeiro sábio é aquele  
que busca a sabedoria a partir  
da vivência do outro e de si  
mesmo.”*

*Gabriela Zytkeuwisz*



## 9 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BETHEA, Doris C. **Enfermagem obstétrica básica**. 3 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é método Paulo Freire**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1981.

BRASIL, Conselho Nacional De Secretários De Saúde. **Os Estados na Constituição do SUS**. Brasília: CONASS, 1998. 111p.

\_\_\_\_\_. Constituição, 1998. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Organização do texto, notas remissivas e índices: Juarez de Oliveira. São Paulo: Saraiva, 1988.

\_\_\_\_\_. **Dos Princípios e Diretrizes**. Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990. Cap. II. Art. 7. Diário Oficial da União 20/09/99. Brasília. nº 182.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial, 1997)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência pré-natal**. 3ª ed. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria Nacional de Subsistência ABC do SUS – Doutrinas e Princípios; o que há de novo em saúde**. Brasília, 1990 v.01. 11p.



BRITO, Valdete Herdt. **Desvelando o Processo Ensino-Aprendizagem da assistência de Enfermagem** – ação e reflexão sobre a realidade com o corpo docente. Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1997.

COLLIÈRE, Maria-Françoise. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

ESMERALDINO, A. de Quadra. **Ação educativa de enfermagem, junto à família de crianças desnutridas, inseridas numa área de abrangência do PSF em Florianópolis**. Projeto assistencial de conclusão da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, 1999.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 17 ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1983.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 19 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1993.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1978.

GADOTTI, Moacir. **Paulo Freire: uma bibliografia**. São Paulo: Cortez. Instituto Paulo Freire, Brasília, DF: UNESCO, 1996.

GIOVANELLA, L. e TEIXEIRA, S. F. “Universidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise”. In: EINBENSCHUTZ, C. (org). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

KUNTZE, Tânia Denise. **A assistência de enfermagem planejada à mulher gestante, fundamentada nos estudos de Liliana Felcher Daniel**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Florianópolis, 1991.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. São Paulo: Abrasco, 1993.

MINAYO, M. C. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

MONTICELLI, M. & SILVA, D. M. G. **Teorias de Enfermagem**. Texto elaborado para disciplina de Fundamentação Teórica de Enfermagem, do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, 1997.

REIBNITZ, Kenya Schmidt. **Avaliação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – uma reflexão analítica**. Florianópolis, Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1989.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

SANTOS, Luciane M. **Avaliação de fenômenos grupais nos grupos de promoção à saúde no Distrito Docente Assistencial em Florianópolis: a ação dos coordenadores e o setting grupal**. Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, UFSC, 2001.

SIQUEIRA, Hedi Crescencia Hecker de. **Construção de um processo educativo, através do exercício da reflexão crítica sobre a prática assistencial integrativa, com um grupo de enfermeiros de um hospital universitário**. Florianópolis, p.218. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1988.

VAITSMAN, J. Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde. In: TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez & ABRASCO, 1989, p. 139-156.

VIZZOLTO, Salete M<sup>a</sup>, SEGANFREDO, Cléa A., KLEIN, Araí C. **Dinamizando os Grupos**. Florianópolis: Lunardelli, 1995.

ZAMPIERI, Maria de Fátima M.. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**. Florianópolis, p. 170. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1998.





*“Vitorioso não é aquele que vence  
ou outros, mas é aquele que vence a  
si mesmo, dominando seus vícios e  
superando seus defeitos.”*

*Carlos Pastorino*

**10 ANEXOS**



## ANEXO 2

### OFICINA I

#### GRUPO DE GESTANTES 1 – M

##### OBJETIVOS:

- ❑ Construir uma relação de troca com a mulher gestante e sua família, na tentativa de conhecer sua realidade existencial;
- ❑ Desenvolver atividades educativas com as gestantes, família e equipe de saúde da família envolvidos no processo gestacional, com intuito de promover a saúde.

Com o intuito de alcançar estes objetivos propostos no projeto assistencial, organizamos a formação de dois grupos de gestantes no período matutino, no Centro de Saúde Itacorubi, os quais têm a finalidade de promover momentos de troca de experiências e conhecimentos entre as gestantes, promover a interação entre os participantes e proporcionar momentos de relaxamento. Conseguimos a implantação apenas de um grupo, pois a demanda foi insuficiente para realização de um segundo grupo.

Para que seja preservado o anonimato das gestantes, seus nomes foram carinhosamente substituídos por sentimentos, sendo estes definidos e vivenciados por elas próprias, como relataremos a seguir.

A experiência vivenciada neste primeiro grupo de gestantes, relataremos a seguir:

“Primeiramente, preparamos o ambiente em que se realizaria o grupo, sendo este, a sala de reunião do Centro de Saúde. O ambiente era pequeno, porém o suficiente para acolher aconchegadamente cerca de 12 pessoas. Dispomos alguns colchonetes pelo chão e deixamos tocar uma música suave. Na medida em que as gestantes chegavam, convidávamos a acomodarem-se nos colchonetes. A identificação individual do grupo era feita através de crachás onde os quais eram distribuídos na medida em que chegavam.

Iniciamos o encontro às 9:15 horas, onde esclarecemos ao grupo o que era grupo terapêutico, bem como seus objetivos e a importância das participações nos mesmos.

A apresentação individual se deu através de uma dinâmica de grupo, onde cada participante, ao receber de outro participante uma bolinha, falava seu nome, idade gestacional e outras informações nas quais sentiam-se à vontade para expor. Muitos relataram o número



de filhos que já possuem, prováveis nomes para o futuro bebê e como se sentiam naquele momento. Estavam presentes oito gestantes e nós, acadêmicas. A interação apenas iniciava-se.

Após a apresentação, convidamos os participantes para juntos, desenvolvermos técnicas de alongamento e massagens, com auxílio de bolinhas de tênis. Nos organizamos em duplas, onde cada membro fazia movimentos circulares com a bolinha nas regiões em que seu par relatava maior desconforto, além da região dorsal e pernas. Observamos que o momento proporcionou maior interação e relaxamento, pois a princípio, o grupo parecia um pouco resistente ao que era proposto, mas com o desenrolar da técnica, percebemos aos poucos a adesão de parte do grupo. O que nos chamou a atenção foi a reação de duas gestantes, a *Felicidade* e a *Esperança*, que se negaram a participarem como dupla. Aceitaram, sem muito entusiasmo, apenas a serem massageadas por uma das acadêmicas.

Na seqüência, sugerimos que as gestantes tirassem os calçados e massageassem os pés com as bolinhas. A participação novamente foi percebida, no primeiro momento, por seis das gestantes. Contudo, fomos motivando a participação da *Esperança* e da *Felicidade*, até que, em determinado momento, observamos que estas iam realizando timidamente os movimentos. Ficamos imensamente felizes ao percebermos que ambas foram se envolvendo com as atividades, apesar de se comportarem de forma retraída. Porém, suas reações individuais ao poucos foram cedendo lugar à participação junto ao grande grupo.

No 4º momento do encontro, convidamos a apresentar-se uma voluntária para a atividade seguinte. Espontaneamente, a Amizade se propôs a então, deitar-se sobre a folha de papel pardo estendido no chão para que pudéssemos desenhar o contorno de seu corpo. Com isto, sugerimos então para que cada gestante expusessem os possíveis desconfortos que sentem ou sentiram em algum momento da gestação, sobre o desenho no chão, na parte do corpo onde o desconforto se manifesta. A representação poderia ser da melhor forma que achassem. A maioria das gestantes escreveram por extenso e uma gestante fez um desenho de um estômago, representando enjôos. Dentre os desconfortos manifestados, surgiram: dores nas pernas, enjôos, vômitos, dor na barriga (próximo às costelas e no baixo ventre), dores nas costas, dormência nas mãos e braços e dores de cabeça.

As trocas de experiências foram acontecendo com muito entusiasmo. Todas as gestantes participaram com seus depoimentos e compartilhavam seus conhecimentos. Surgiam muitas dúvidas e questionamentos, sendo que a maioria foram respondidas e discutidas por elas próprias; nós apenas complementávamos com diferentes idéias. Destacamos alguns relatos:

*“Quando sinto muita dor nas pernas, eu mesma faço massagem com meus dedos e aí passa, ou pelo menos alivia a dor.”*

*Amor*

*“Quando comecei a caminhar, minhas dores nas pernas diminuíram. Acho que é porque melhorou a circulação do sangue nas pernas.”*

*Carinho*

*“Antes eu comia muito, também era viciada em coca-cola, depois passava mal com enjôos e dor no estômago. Agora eu como de pouco em pouco e me sinto bem.”*

*Tranqüilidade*

Outros questionamentos também foram levantados, como a diferença entre uma gravidez e outra entre diferentes mulheres e nas mesmas.

Algumas falavam mais, outras menos, mas todas contribuíram e demonstravam interesse nos assuntos discutidos. Constatávamos que a interação, neste momento, era completa.

No momento seguinte do encontro, propomos um momento de reflexão. As gestantes foram convidadas a deitarem-se sobre os colchonetes, fecharem os olhos e viajarem conforme o comando da voz de uma das acadêmicas. Com as luzes apagadas e o som ambiente suave, as palavras que as conduziram foram as seguintes:

*“Relaxe..., solte o corpo delicadamente. Solte o pescoço, os braços..., respire bem profundo. Relaxe a barriga, o quadril, sinta as pernas livres. Mexa os dedinhos dos pés, respire .... Imagine você com os pés descalços, caminhando sobre um gramado, num lugar muito bonito, chamado Jardim dos sentimentos. Você está caminhando, lentamente pelo gramado verde e repleto de flores. Sintam o cheiro das flores... sinta o cheiro da flor que você mais gosta. Exale seu perfume.... Respire... Olhe ao seu redor, o que vê? Existe muitos floquinhos de algodão espalhados pelo gramado e, cada um destes floquinhos representam um sentimento... O Jardim dos sentimentos é um lugar onde as pessoas podem encontrar os sentimentos que precisam, ou que procuram... O que está sentindo agora... dentro de si... que sentimento procura? Continue caminhando... sinta a grama molhada nos seus pés... está gelada... Os floquinhos de sentimentos estão voando, são muitos... parecem neve no gramado verde... Eles batem a todo tempo suavemente em seu corpo. Qual deles você precisa? Descobriu que sentimento mais necessita neste momento? Sinta o vento frio bater de leve em seu rosto... Deite-se no chão, role na grama molhada, respire profundamente... Levante suas mãos e segure seus floquinhos de sentimento, procure os seus... Suavemente, os floquinhos caem sobre seu corpo... muitos... já pode senti-los em suas mãos, são macios... (Neste momento colocamos floquinhos de fibra nas mãos das gestantes, para que parecesse real. Escolhemos a fibra, pois é mais leve e mais delicada que o algodão.) Aperte seus floquinhos e sinta sua delicadeza, o que transmitem... Respire fundo... Aconchegue com segurança o sentimento que procurava... Após eu contar até 3, abram os olhos e peguem os sentimentos que procuravam para si ou que desejem entregar para alguém que necessite. 1, 2, 3... (ao abrirem os olhos, as gestantes encontravam-se recobertas por muitos floquinhos, espalhados também por toda a sala).*

Todos pegaram alguns sentimentos, representados pelos floquinhos de fibra e transmitiram ao grupo quais eram estes sentimentos. Daí então, que surgiram os pseudônimos aos quais identificamos as gestantes presentes. A maioria pegou mais de um floquinhos, mas todas ficaram com os floquinhos para si e não mencionaram a intenção de entrega-los à alguém.

Para finalizar, discutimos e avaliamos o encontro, onde alguns relatos pudemos destacar:

*“É muito bom este espaço para nós, nos ajuda muito.”*

*Amizade*

*“Foi muito legal, pena que foi por pouco tempo, deveria ser a manhã toda.”*

*Carinho*

*“Foi interessante a forma como foi realizado.”*

*Amor*

Todos relataram ter gostado de participar do grupo e que participarão novamente. Sugerimos então que escolhessem o tema para o próximo encontro, onde demonstraram interesse em saber sobre os tipos de parto. Concluímos o encontro às 10:15 horas, com biscoitos e café.”

## **ANEXO 3**

---



**DESCONFORTOS**

**DA**

**GRAVIDEZ**

**SAIBA  
COMO PREVENIR  
OU TRATAR**

Elaborado pelas acadêmicas de Enfermagem  
8ª fase – UFSC: Alessandra Souza M.  
Evangelista e Gabriela Venier Zytkeuwisz.

Revisado pela Enfermeira: Mestranda em  
Saúde Pública Cleusa Rosália Pacheco Souza

Colaboração das gestantes que participaram  
do primeiro grupo de gestantes implantado  
no período matutino, pela acadêmicas acima  
citadas, no Centro de Saúde Itacorubi.

---

## **ANEXO 4**



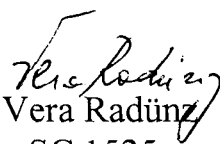


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

## DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que a acadêmica **Alessandra de Souza Machado Evangelista**, participou da 2ª SEPEX (2ª Semana de Pesquisa e Extensão da UFSC), no desenvolvimento do trabalho do Estande do Departamento de Enfermagem “Orientação e Simulação do Parto Normal”, sob a Coordenação da Profª Vitória Regina Petters Gregório, nos dias 12, 13, 14/06/2002.

Florianópolis, 08 de agosto de 2002.

  
Profª Drª Vera Radünz  
COREn-SC 1525

- Chefe do Depto. do NFR -



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

## DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que a acadêmica **Gabriela Venier Zytkeuwisz**, participou da 2ª SEPEX (2ª Semana de Pesquisa e Extensão da UFSC), no desenvolvimento do trabalho do Estande do Departamento de Enfermagem "Orientação e Simulação do Parto Normal", sob a Coordenação da Profª Vitória Regina Petters Gregório, nos dias 12, 13, 14/06/2002.

Florianópolis, 08 de agosto de 2002.

Profª Drª Vera Radünz  
COREn-SC 1525

- Chefe do Depto. do NFR -

## **ANEXO 5**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE**  
**NÚCLEO 1/UFSC PARA O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787

Florianópolis. 30 de julho de 2002

Declaro para os devidos fins que **Alessandra Souza Machado Evangelista** participou dos Treinamentos Introdutórios para as equipes de PSF e PACS, realizado no período de 22 à 26 de julho de 2002, totalizando 40 horas.

Atenciosamente

Assinatura manuscrita de Ivonete T. S. B. Heidemann, sobre uma linha horizontal.

Ivonete T. S. B. Heidemann

Coordenadora do Núcleo 1/UFSC para o Programa de Saúde da Família



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE**  
**NÚCLEO 1/UFSC PARA O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787

Florianópolis. 30 de julho de 2002

Declaro para os devidos fins que **Gabriela Venier Zytkeuwisz** participou dos Treinamentos Introdutórios para as equipes de PSF e PACS, realizado no período de 22 à 26 de julho de 2002, totalizando 40 horas.

Atenciosamente

Assinatura manuscrita de Ivonete T. S. B. Heidemann, sobre uma linha horizontal.

Ivonete T. S. B. Heidemann

Coordenadora do Núcleo 1/UFSC para o Programa de Saúde da Família



**CRESCER...**

*É ser cada dia um pouco mais de nós mesmos.*

*É dar espontaneamente sem cobrar inconscientemente.*

*É aprender a ser feliz de dentro para fora.*

*É buscar no próximo um meio de nos prolongarmos.*

*É sentir a vida na natureza.*

*É entendermos a morte como natural da vida.*

*É conseguir a calma na hora do caos.*

*É termos sempre uma arma para lutar e uma razão para irmos em frente.*

*É saber a hora exata de parar e buscar um algo novo.*

*É não devanear sobre o passado, mas trabalhar em cima dele para o futuro.*

*É reconhecer nossos erros e valorizar nossas virtudes.*

*É conseguirmos nossa liberdade com equilíbrio para não sermos libertinos.*

*É sabermos que nada nem ninguém é totalmente bom ou mau.*

*É exigir dos outros, apenas o que nós damos a eles.*

*É realizar algo edificante.*

*É sermos responsáveis por nossos atos e por suas conseqüências.*

*É entender que temos espaço de uma vida inteira para crescer.*

*É nos amarmos para que possamos amar os outros como a nós mesmos.*

*É assumirmos que nunca seremos grandes, mas que o importante é estarmos*

*sempre em crescimento.*

*Elenice Rampazzo*



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

## DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

### Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O trabalho atendeu os requisitos da disciplina "Enfermagem Assistencial Aplicada", bem como demonstrou a adequação do material teórico de Paulo Freire nas ações desenvolvidas durante o estágio. A leitura deste relatório permite ao leitor acompanhar a vivência das alunas, onde estão registradas todas as emoções de medo, alegria, ansiedade, prazer, etc., sentidas durante a realização das atividades. Dada a importância e qualidade do trabalho realizado a divulgação do mesmo, seja em forma de artigo ou apresentações em eventos científicos.

Van Lúcia J. Blusk  
02/10/2020