

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

Edlamar Bandeira da Silva

Educação em Saúde na Estratégia de Saúde da Família: Gestão Saudável

Maceió
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

Edlamar Bandeira da Silva

Educação em Saúde na Estratégia de Saúde da Família: Gestação Saudável

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina com requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Linhas de Cuidado em Enfermagem.

Área: Saúde Materna, Neonatal e do Lactente - Modalidade à Distância

Coordenadora do Curso: Professora Doutora Vânia Backer,

Orientadora: Professora Mestre Eremita Val Rafael,

Maceió

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMILIA: GESTAÇÃO SADEVEL** de autoria do aluno **EDLAMAR BANDEIRA DA SILVA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Nome da Linha.

Professora Mestre Eremita Val Rafael
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

DEDICATÓRIA

Com meus esforços, perseverança, dificuldades, mas iluminada por “DEUS”, completei minha caminhada. Dedico este trabalho aos meus familiares, pois tive o incentivo de minha mãe.

Tenho uma dedicação especial ao meu Irmão e filho Eduardo que me ajudou e me deu força para concluir essa trajetória não tendo palavras o bastante de agradecimento.

Edlamar Silva

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus por ter guiado meu caminho para chegar até aqui. Agradeço a liberação do espaço do centro de referência em nutrição (CREN) e dedicação dos funcionais, também agradeço ajuda dos membros do NASF e principalmente o apoio do centro de referência assistente social CRAS oferecendo os lanches para as gestantes sem esta parceria deste grupo não existia.

LISTA DE SIGLAS

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREN – Centro de Referência em Nutrição

ESF – Estratégia da Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher

PPG – Programa de Proteção à Gestante

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

RESUMO

Na gestação a mulher passa por uma série de mudanças e a conseqüente adaptação pode gerar ansiedade e medo. Uma das formas de enfrentamento dessa situação pode ser a busca de grupos de gestantes. Este projeto tem com objetivo construir um curso para a gestante com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestante e recém – nascido e desenvolver uma cartilha educativa para gestante. Realizada na Unidade Básica de Saúde Dr. Denisson Menezes Localizada na cidade de Maceió-AL Os encontros do grupo serão realizados quinzenalmente na sala de aula do CREN (Centro de Referência em Nutrição). Os grupos serão mediados pela enfermeira das ESF's, Assistente Social, Psicóloga CRAS, Nutricionista, alunos do Curso de Nutrição, profissionais do NASF e pelos Agentes Comunitárias. Serão realizadas reuniões mensais para avaliar a participação dos envolvidos no projeto. As gestantes participantes do grupo serão avaliadas em relação à frequência no pré- natal e sua participação no grupo.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
3. OBJETIVO.....	18
3.1 OBJETIVO GERAL.....	18
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	18
4. METAS.....	18
5. MÉTODO.....	19
6. RESULTADO E ANÁLISE.....	20
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIA.....	25
ANEXO.....	27

1. INTRODUÇÃO

A assistência ao pré-natal tem sido um dos grandes alvos da saúde no Brasil. A condição deficiente da cobertura do pré-natal, o elevado índice de cesariana, mortalidade materna, as complicações pós-parto e as próprias condições pessoais de atendimentos dos profissionais transformam o fenômeno da gravidez numa experiência mista de prazer e medo para as mulheres (GOTARDO, 2003; BRITO, 2005). As recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), para garantir um nascimento com qualidade, sem risco de vida para a mulher e bebê, as diversas políticas públicas têm enfrentado dificuldade para sua implementação. Esta política tem almejado a melhora da assistência às mulheres.

O Estado Brasileiro, através de diversos programas buscarem normatizar a assistência à gestante, evidenciando a preocupação com a qualidade com a assistência oferecida. Dentre esses: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e Programa de Assistência à Saúde Perinatal (BRITO 2005)

Em 1983, há criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que constitui parte da estratégia e consolidação de uma rede de serviços básicos de saúde em todo território nacional (TREVISAN; DE LORENZI; ARAÚJO e ÉSBER, 2002) destacando a atenção ao pré-natal.

Este Programa dirigido especialmente à mulher foi uma estratégia de destinação seletiva de recurso que permitissem a operacionalização de conteúdos de grande prioridade vinculados à população feminina em todas as fases de sua vida. O sistema de saúde deveria estar capacitado para atender as necessidades de saúde da população das mulheres; a integralidade da assistência pressuporia uma prática educativa para uma clientela se apropriasse dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre a saúde. Aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal para proporcionar iguais oportunidades de utilização desses serviços por toda população é um dos objetivos programáticos regulamentados pelo MS nessa época (BRASIL 1984), evidenciando a necessidade de alteração das ações em saúde em relação ao período gravídico-puerperal.

Em 1984, a partir de diagnóstico realizado pelo próprio MS, que mostrava as principais causas de morte e adoecimento no país, as ações implantadas no PAISM mostravam com clareza a intenção governamental em priorizar as ações de pré-natal, deixando o parto, puerpério e os aspectos ginecológicos num grau menor de complexidade das ações. Tanto assim que na fase de implantação do PAISM o investimento econômico foi alto em treinamentos dos profissionais de saúde na assistência pré-natal.

O sis pré-natal visou garantir o cadastramento precoce das gestantes no sistema assegurando sua vaga na maternidade mais próxima ao seu domicílio e em 2005 o Programa de Proteção á Gestante (PPG) foi apresentado com uma meta de agilizar as sorologias do primeiro e terceiro trimestre e minimizar os riscos fetais. Porem há deficiência na execução desses programas quando se trata de referências para o parto.

Vivenciando a problemática da saúde da mulher pode ser analisada, a partir das medidas ministeriais, que para resolver ou minimizar as complicações ocorridas no pós-parto, as ações quase sempre estão atreladas a reestruturações da assistência pré-natal. Os aspectos econômicos, sócias e estruturais pouco ou nada são considerados apesar de ser reconhecido seu peso no processo. Embora seja reconhecida a direta relação entre a assistência e o surgimento da complicação na fase puerperal é instigante notar nas entrelinhas dos discursos e das Leis prescritas até sob a forma de portarias, que as complicações puerperais são consideradas apenas como conseqüências da assistência inadequada e falta de informação da gestantes.

Um grupo é definido como dois ou mais indivíduos, interdependentes e interativos, que se reúnem visando à obtenção de um determinado objetivo, podendo ser divididos em grupos formais e grupos informais. Os grupos formais são definidos pela organização com atribuições e tarefas estabelecidas. Por outro lado, os grupos informais se caracterizam como alianças de formação natural dentro do ambiente (ROBBINS, 2008).

Segundo Alonso (1999), o trabalho em grupo é realizado com o intuito de interagir com as pessoas dinâmica e reflexivamente, já que a técnica de trabalho grupal fortalece as potencialidades de cada participante, valorizando a saúde.

Neste sentido, Anhaia et al. (2011) considera que o grupo de gestantes configura-se como espaço propício para se trabalhar a educação em saúde de forma a articular saberes científicos e culturais, na tentativa de tornar o momento da gestação um período de construção de conhecimentos que poderão servir de auxílio para as futuras mães.

De acordo com Vasconcelos (2001), a educação em saúde é o campo de prática e conhecimento que tem se ocupado diretamente com a criação de vínculos entre ação de saúde, o pensar e fazer cotidiano da população. Sugere a adaptação do saber popular aos conhecimentos científicos, moldando, reformulando e discutindo ações voltadas a saúde.

Cabe ressaltar que a educação em saúde é uma experiência de aprendizagem planejada, utilizando-se uma combinação de métodos como o ensino, o aconselhamento, a comunicação, que influenciam a modificação de comportamentos cognitivos, psicomotores e afetivos (ZAGO; CASAGRANDE, 1997).

Para Reveles e Takahashi (2007), a educação em saúde é como um processo de ensino que o profissional de saúde faz com seus pacientes com o objetivo deles aprenderem a se autocuidarem, além de se tornarem multiplicadores dos conhecimentos da área de saúde. A educação em saúde deve considerar que todos os elementos envolvidos são importantes, tanto os profissionais da área quanto os pacientes, e que devem participar de forma ativa na construção do conhecimento.

Ainda, as atividades de educação em saúde nos fornecem ferramentas para que seja possível uma maior aproximação entre profissionais e usuários do sistema de saúde, contribuindo para a formação dos grupos. De acordo com Alves (2002), a educação em saúde implica, acima de tudo, em priorizar intervenções de prevenção de doenças e promoção da saúde, em grupos educativos ou em consultas individuais.

De acordo com Alonso (1999), o trabalho grupal pode ser utilizado como uma estratégia do processo educativo, de maneira que a construção deste acontece a partir das interações entre os seres humanos de forma dinâmica e reflexiva. O objetivo desses grupos é promover o fortalecimento das potencialidades individuais e coletivas, a valorização da saúde, a utilização dos recursos disponíveis e o exercício da cidadania.

Neste contexto, a realização da educação em saúde por meio de grupos de gestantes se configura como um espaço para promover a aprendizagem sobre essa nova condição que a maternidade proporciona e para informá-las dos riscos que podem as acometer. A participação dessa mãe em grupos de apoio faz-se importante para que seja possível enfrentar tal situação, não devendo deixar de lado sua vida social e se afastar das coisas e pessoas que gosta, podendo, desse modo, acarretar em outros problemas que são possíveis de serem evitados.

O uso da técnica grupal durante a gestação permite às mulheres compreenderem melhor o que acontece com o seu corpo e seus sentimentos, uma vez que permite garantir abordagem integral e específica à assistência no período gestacional. É necessário que a gestante, juntamente com sua família, estejam preparadas para vivenciar esse período, que vai desde a gravidez até o parto, bem como tudo o que a maternidade representa na vida da mulher.

Zugaibet al. (1994) refere que, durante a gestação, o corpo feminino se transforma em resposta às necessidades dessa fase, o que são modificações demandadas pelo momento de transição para a maternidade. Ainda, destaca que o corpo da mulher desenvolve uma linguagem própria e singular, sendo expressa por diversos sintomas e alguns sinais característicos, bem como mudanças da postura e expressão da gestação. A linguagem do sintoma é uma forma de comunicação da grávida com seu mundo interior, seu corpo e suas

sensações. Este conjunto necessita ser interpretado, compreendido, avaliado e compartilhado, inclusive pelos profissionais que a assistem.

Desta forma, a atividade em grupo com as gestantes é fundamental para garantir uma abordagem integral e, ao mesmo tempo, específica à assistência no período gestacional (Brasil, 2001). As atividades grupais com gestantes estão se multiplicando, com várias abordagens, considerando importante a discussão das histórias próprias da gestação, do puerpério e também das necessidades dessa fase da vida da mulher e de sua família (REBERTE; HOGA, 2005).

É importante que, nesta fase, as gestantes, em conjunto com seus familiares, troquem informações com pessoas que estão passando pela mesma experiência, tendo um espaço para expressar seus sentimentos, dúvidas, ansiedades e obter respostas aos questionamentos (ZAMPIERI, 2000).

Por meio do grupo é possível desenvolver o conhecimento mútuo, principalmente obtendo informações das necessidades dos cuidados referentes aos desafios, aos desconfortos físicos e emocionais, e as possibilidades de adoção de recursos de abordagem corporal para o atendimento das gestantes.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares.

As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos. Encontram-se na literatura vários conceitos sobre saúde da mulher.

Há concepções mais restritas que abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino e outras mais amplas que interagem com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Nas concepções mais restritas, o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero (COELHO,2003).

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a saúde reprodutiva foi definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (CIPD, 1994).

Nessa definição, toma-se como referência o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), e são incorporadas dimensões da sexualidade e da reprodução humana numa perspectiva de direitos. No entanto, apesar do avanço em relação a outras definições, o conceito da CIPD fica restrito à saúde reprodutiva e não trata a saúde-doença como processo na perspectiva da epidemiologia social, o que vem sendo bastante discutido desde o final dos anos 60.

A saúde e a doença estão intimamente relacionadas e constituem um processo cuja resultante está determinada pela atuação de fatores sociais, econômicos, culturais e históricos. Isso implica em afirmar que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região (LAURELL, 1982).

As desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada. De acordo com os indicadores de Saúde, as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos.

O relatório sobre a situação da População Mundial (2002) demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, que as mulheres trabalham mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

Há análises que demonstra que esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais.

Um dos resultados dessa prática é a fragmentação da assistência (COSTA,1999) e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST,

câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O Brasil, nas últimas décadas, passou por importantes transformações na estrutura e dinâmica da sua população, com a diminuição progressiva da mortalidade em geral e uma queda abrupta da taxa de fecundidade, que passou de 5,8 filhos por mulher em 1970, para 2,3 em 2000, trazendo a taxa de crescimento populacional para 1,4% ao ano. A população ficou mais velha e diminuiu o número de jovens. O aumento da expectativa de vida ao nascer, que era de 54 anos em 1970 e passou para 68 anos em 1999 (IBGE, 2001), trouxe novas demandas para o setor Saúde, principalmente no que se refere às doenças crônicas e degenerativas, de maior incidência na população idosa, e maiores demandas para a previdência social.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população feminina brasileira foi projetada em 89.800.471 pessoas para o ano de 2003, representando aproximadamente 50,77% da população total, incluindo as crianças.

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher deve contemplar a população feminina acima de 10 anos, hoje estimada em 73.837.876 pessoas. As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, são 58.404.409 e representam 65% do total da população feminina, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde.

No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrendo casos de AIDS não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2000).

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito nessa faixa etária. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivenciada sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis.

Estudo realizado pela OMS estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos (COELHO, 2003).

Nas capitais brasileiras, para o ano de 2001, foram 74,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. As principais causas da mortalidade materna são a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, todas evitáveis (BRASIL, 2003).

No Brasil no período de 1980 a 1986, apresentou uma tendência de queda, provavelmente relacionada à expansão da rede pública de saúde e ao aumento da cobertura das ações obstétricas e de planejamento familiar. De 1987 a 1996, a RMM manteve-se estável.

A queda da mortalidade materna de 1999 a 2001 pode estar associada a uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar. Nesse período, a mortalidade materna foi considerada uma prioridade do governo federal e vários processos estaduais e municipais foram deflagrados para reduzi-la.

As Políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação.

A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).

O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Desenvolver ações educativas para gestantes da Unidade de Saúde Denisson Menezes.

3.2 ESPECÍFICOS

- Construir curso para gestantes na Unidade de Saúde Denisson Menezes com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos;
- Desenvolver uma cartilha educativa para gestante.

4. METAS

- Contemplar 90% das gestantes que fazem pré-natal na Unidade de Saúde Denisson Menezes;
- Distribuir cartilhas educativas para 100% das gestantes atendidas na Unidade.

5. MÉTODO

Este estudo está ligado a um projeto de intervenção das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) 48,49 e 52, localizado no sétimo distrito no Conjunto Denisson Menezes, Bairro Cidade Universidade no município de Maceió - Alagoas.

Participarão dos encontros do grupo de gestantes, todas as grávidas, independente da idade e do trimestre de gravidez, seus parceiros e demais membros da família que vivenciam o período gestacional junto com essas mulheres.

Todas as gestantes devem estar cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SispreNatal), um programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em 2008, que tem por objetivo desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, com o intuito de reduzir as taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, melhorando o acesso, a cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal, com informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, por meio do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2008).

Os encontros do grupo serão realizados quinzenalmente na sala de aula do CREN (Centro de Referência em Nutrição). O grupo será mediado pela enfermeira das ESF's, Assistente Social, Psicóloga CRAS, Nutricionista, alunos do Curso de Nutrição, profissionais do NASF e pelos Agentes Comunitárias de Saúde.

Serão utilizados materiais de apoio como data show e aparelhos de som, o que possibilitará maior interação entre os participantes do grupo. Cada encontro terá duração média de duas horas, com um intervalo determinado onde será oferecido lanches para aos participantes.

Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais.

6. RESULTADO E ANÁLISE

As ações desenvolvidas pela equipe de saúde em conjunto com os demais profissionais envolvidos (Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Odontologia, e Farmácia) serão realizado com foco inicial para a educação em saúde.

Na segunda fase do programa haverá ampliação desse foco, decorrente das necessidades tanto da população e dos serviços como de oportunidades de aprendizagem para a equipe, sendo direcionado para a humanização do atendimento nos serviços de saúde, o controle social e a mortalidade infantil.

No decorrer do curso de gestantes, vários assuntos serão abordados e discutidos pelos profissionais juntamente com as mulheres e demais participantes do grupo. Usado a metodologia participativa por meio de uma roda de conversa, utilizando materiais educativo do ministério de saúde (folhetos, álbum e vídeos). Por se trabalhar com diferentes períodos gestacionais, os temas não seguirão uma ordem lógica.

No primeiro encontro, será empregada técnica de integração por meio da “dinâmica do barbante”, na qual, em círculo, à medida que uma pessoa se apresenta e expressa seus gostos, qualidades e rotina de vida, segura a ponta do barbante e joga o rolo para outra pessoa do grupo fazer o mesmo, sucessivamente, até que todos o fizerem e ao centro do círculo se formará uma grande rede, que representa o elo do grupo. Posteriormente, será realizado um momento de comentários sobre as expectativas para os próximos dias e sugestões de assuntos que as gestantes gostariam de discutir durante o curso nos demais grupos que ocorrerão.

Que essa estratégia de ação educativa possibilite à mulher conhecer o seu corpo e aumentar a segurança e tranquilidade durante a gestação e o parto. As atividades participativas favorecem a interação entre as gestantes e proporcionam a aquisição de informações sobre o processo de gestar, parir e ser mãe. A troca de experiências entre gestantes possibilita a percepção do individual no coletivo, diminuindo a ansiedade através dos discursos semelhantes.

Esperamos que no final do curso, as gestantes estejam mais seguras quanto ao processo gestacional e quanto aos cuidados que deveriam ter consigo e com o bebê após o nascimento.

Os encontros possibilitarão a discussão dos temas relacionados a seguir:

QUADRO I - Distribuição dos temas, metodologia e facilitador, Maceió 2014

DATA	TEMA	ACÃO	FACILITADOR
04/04/14	Contrato de convivência e acolhimento	Em uma roda de conversa explicará o curso e apresentará o cronograma que pode ser notificado ou não dependendo do grupo	Enfermeira da ESF
18/04/14	Importância do pré-natal	Através de roda de conversa passará para gestante a importância do pré-natal dos exames necessários na gravidez e as doenças possíveis de serem detectadas e tratadas, ou acompanhadas.	Enfermeira da ESF
02/05/14	Vida saudável e qualidade de vida	No primeiro momento em um conversa com a gestante discutir o conceito de vida saudável e qualidade de vida após passará um filme	Educador Físico do NASF
16/05/14	Saúde bucal	Em uma roda de conversa o dentista falará das doenças saúde da boca e tirará as duvidas das gestantes e mostrará a maneira correta de escovar os dentes.	Dentista da ESF
30/05/14	Parto	No primeiro momento em um conversa com as gestantes mostrará as principais semelhanças e diferenças entre um tipo de parto e outro, seus benefícios e prejuízos e seus principais indicações e contra indicações e depois passará um vídeos com tipos de partos.	Enfermeira da ESF
06/06/14	Aleitamento Materno	Em uma roda de conversa a enfermeira explicará com o álbum do aleitamento materno as diferentes maneiras de amamentar, tempo, quantidade, benefícios, proibições e principais problemas nas mamas e os cuidados com as mesmas.	Enfermeira da ESF

DATA	TEMA	ACÃO	FACILITADOR
20/06/16	Drogas e Gravidez	Passará uma vídeo explicado o mal que faz a droga lícitas (cigarro e álcool) e drogas ilícitas para a gestante e para bebê e depois abrirá a discussão entre as gestantes.	Psicólogo do NASF
04/07/14	Sexualidade na Gestação	No primeiro momento a psicóloga realizará uma dinâmica e depois falará sobre a sexualidade na gestação em uma roda de conversa.	Psicólogo do CRS
18/07/14	Nutrição na Gestação	Em primeiro lugar a nutricionista perguntará as gestantes os tipos de alimentos que elas mais usam e depois a mesma repassará alimentação adequada que elas possam adaptar de acordo com a sua realidade, mantendo a forma mais adequada possível de alimentar-se.	Nutricionista do NASF
01/08/14	Cuidados com o recém-nascido e vacinação	Em uma roda de conversa a enfermeira perguntará as gestantes quais são os cuidados do recém-nascido? E depois ela explicará os cuidados com o RN (higiene, curativo do coto umbilical, vestimentas, evacuações, cólicas, choro e vacinação)	Enfermeira da ESF
15/08/14	Problemas mais frequentes no recém-nascido	Passará um vídeo abordado Icterícia, hipoglicemia, obstrução nasal, moniliase oral assadura na região genital após abrirá discussão com o grupo	Enfermeira e Dentista do ESF
29/08/14	Depressão pós-parto	Passará um vídeo sobre depressão pós-parto e após abrirá discussão com o grupo	Psicóloga NASF
05/09/14	Direito e cidadania	No primeiro momento a assistente social perguntará para as participante se elas conhecer os seus direitos e depois ela informará quais os seus direito com cidadão e gestante (registro de nascimento, licença maternidade e paternidade).	Assistente Social

DATA	TEMA	ACÃO	FACILITADOR
19/09/14	Prevenção das DST	A enfermeira explicará e tirará dúvidas com o álbum do ministério de saúde da prevenção DST com a metodológica participativa	Enfermeira da ESF
03/10/14	Prevenção do câncer de colo de útero e mama	Em uma roda de conversa a enfermeira explicará quais são os métodos de prevenção do câncer do colo e mamas e depois passará um vídeo.	Enfermeira da ESF
17/10/14	Planejamento Familiar	A enfermeira explicará, mostrará e tirará dúvidas com o álbum do ministério de saúde planejamento familiar – métodos contraceptivos	Enfermeira da ESF
31/10/14	Aborto	Passará um vídeo sobre o risco do aborto para a saúde da mulher e após abrirá a discussão com o grupo	Enfermeira da ESF
07/11/14	Atividade física na gravidez	O educador mostrará e ensinará os exercícios físicos que facilitar o parto normal	Educador Físico do NASF
21/11/14	Automedicação na gravidez	Em uma roda de conversa a farmacêutica informará o riscos da automedicação para a saúde do feto e da gestante	Farmacêutico do NASF
05/12/14	Encerramento do Grupo	A equipe realizará uma avaliação do grupo junto com as gestantes e após a confraternização com a entrega de lembrancinhas para os bebês	Enfermeira da ESF e Todos profissionais envolvido com o grupo (CRAS e NASF)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Serão realizadas reuniões mensais para avaliar a participação dos envolvidos no projeto. As gestantes participantes do grupo serão avaliadas em relação à frequência no pré-natal e sua participação no grupo. Após o nascimento do bebê será considerado como positivo o número de mulheres que tiveram seus filhos por parto normal e a prática de aleitamento materno exclusivo, observar aumento no vínculo mãe- bebê principalmente das primíparas, com realização do teste do pezinho mais precoce, criança com a vacina em dia, e criança sem dermatites.

Houve a formação de uma parceria entre as entidades (ESF, CRAS, CREN, e NASF), proporcionando assim, benefícios sociais para a comunidade em função da execução do plano de ação.

Enfatiza-se ainda a relação existente entre a atuação deste projeto na Atenção a Saúde da Família e com as parcerias o qual é composto por estudantes de outros cursos, o que permite através das atividades em conjunto desenvolvermos, uma interdisciplinaridade e uma transdisciplinaridade, devido o encontro de muitos olhares distintos, mas com a mesma finalidade.

REFERÊNCIAS

ALONSO, I. L. K. O processo educativo em saúde: na dimensão grupal. **Texto Contexto Enfermagem**, 1999, v.8, n.1, p.122-132.

ALVES, A. P. P. et al. O Enfermeiro como educador. Brasília:

ANHAIA, L. M. **Grupo de gestantes como espaço de construção de saberes: um relato de experiência**. Anais do III SIEPE – Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão

UNIPAMPA – Universidade Federal do Pampa, p.575, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SispréNatal)**. 2008. Disponível em: <<http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php>> Acesso em: 14 jul.2012.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2011, v.16, suppl.1, p.1547-1554. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a90v16s1.pdf>> Acesso em: 03 jul.2012.

DELFINO, M. R. R. et al. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2004, v.9, n.4, p.1057-1066. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0477.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2012.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto Contexto Enfermagem**, 2005, v.14, n.2, p.186-192. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a05v14n2.pdf>> Acesso em: 05 jul.2012

REVELES, A. G.; TAKAHASHI, R. T. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], 2007, v.41, n.2, p. 245-250. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/09.pdf>> Acesso em: 02 jul.2012.

Revista de Pedagogia. Notas de pesquisa, ano 3, n.6, 2002.

ROBBINS, S. P. **Comportamento Organizacional**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2008.

SÉRIE C. PROJETOS, PROGRAMAS E RELATÓRIOS. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Relatórios**, 1ª Ed. Brasília, 2011.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2001, p.121-126. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/09.pdf>> Acesso em: 05 jul.2012.

ZAGO, M. M. F.; CASAGRANDE, L. D. R. A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: a influência cultural. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 1997, v. 5, n.4, p.69-74. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n4/v5n4a09.pdf>> Acesso em: 02 jul.2012.

ZAMPIERI, M. F. M. **A Enfermeira Obstétrica**: cuidando e educando no grupo de gestantes ou casais grávidos. Santa Catarina, 2000.

ZUGAIB, M.; SANCOVSKI, M. **O pré – natal**. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 1994.

ANEXO

1. Cartilha educativa com o tema “Saúde da Gestante: Nosso compromisso com a promoção da saúde da gestante.

Saúde da Gestante

Cartilha Educativa



Nosso compromisso com a promoção da saúde da gestante

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM



Maceió,

2014

FICHA TÉCNICA

Esse material foi produzido para avaliação de conclusão do Curso de Especialização em Linha de Cuidado de Enfermagem na área Saúde Materno, Neonatal e do Lactante da Universidade Federal de Santa Catarina. Destinado às gestantes e sua respectiva família, usuários do Sistema Único de Saúde – SUS - residentes no município de Maceió - Alagoas. A fim de colaborar com a promoção da saúde da gestante através do acesso à informações educativas e qualificadas sobre gravidez, parto e pós-parto.

ELABORAÇÃO

Edlamar Bandeira da Silva – Enfermeira - Aluna da Pós-Graduação de Enfermagem em Linha de Cuidado na Área Saúde Materno, Neonatal e do Lactente da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.



Ser Mãe é...

Ser mãe é desdobrar fibra por fibra o coração! Ser mãe é ter no alheio lábio que suga, o pedestal do seio, onde a vida, onde o amor, cantando, vibra.

Ser mãe é ser um anjo que se libra sobre um berço dormindo! É ser anseio, é ser temeridade, é ser receio, é ser força que os males equilibra!

Todo o bem que a mãe goza é bem do filho, espelho em que se mira afortunada, Luz que lhe põe nos olhos novo brilho!

Ser mãe é andar chorando num sorriso!
Ser mãe é ter um mundo e não ter nada!
Ser mãe é padecer num paraíso!

(Coelho Neto) www.esoterikha.com

SUMÁRIO

1- Apresentação.....	06
2- Avaliação pré- concepcional.....	07
3- Pré-Natal.....	07
4- Gestação.....	08
5- Modificações durante a gestação.....	09
6- Dieta para gestantes	10
7- Postura e deambulação.....	11
8- Parto.....	12
9- cuidado pós-parto.....	13
10 – Aleitamento materno.....	13
11- Cuidado com o Recém nascido.....	14
12- Bibliografia.....	15

APRESENTAÇÃO

A promoção da saúde é uma das garantias do SUS – Sistema Único de Saúde. Isso significa que toda brasileira gestante tem direito a uma assistência de qualidade e humanizada, ou seja, que respeite seus direitos e necessidades. Foi pensando em você, gestante, no seu parceiro e nos seus familiares que aluna de pós graduação em enfermagem da Universidade Federal da Santa Catarina prepararam esta cartilha que procura responder algumas das dúvidas sobre a gravidez, o parto e o pós-parto que normalmente surgem nesta etapa tão bonita e importante da sua vida, da vida do seu bebê e da vida de toda a sua família. A idéia deste material surgiu no decorrer das atividades educativa através do grupo de gestantes da unidade de Saúde da Família Denisson Menezes do município de Maceió - Al. As discussões do grupo serviram de referencial para a seleção dos temas. Pudemos contar com a colaboração de todos que vivenciaram a experiência da gravidez na sua construção.

Por fim, queremos agradecer, de forma bastante especial, a todas as pessoas que fizeram parte do grupo de gestantes, por dividir conosco suas dúvidas e experiências. E agradecer também às gestantes que contribuíram com sugestões para melhorar o entendimento desta Cartilha.

AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL

Para uma gestação tranqüila e bem sucedida, é recomendável o seu planejamento no momento do desejo de engravidar. A avaliação pré-concepcional, ou seja, a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, possibilita a identificação de fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação.

Figura 1 - Consulta com o casal



Fonte: Cuide de saúdecom.br/gestante/pré-natal

PRÉ-NATAL

Após o diagnóstico da gravidez, a mulher deve iniciar o Pré-Natal. O objetivo do acompanhamento é assegurar o desenvolvimento da gestação permitindo o parto de um recém-nascido saudável e diagnosticar doenças e alterações que possam comprometer a saúde materna e fetal.

O pré-natal deve ser feito mensalmente com o número igual ou superior de seis consultas com a enfermeira e médico a partir de 28 semanas (7 meses) as consultas deve ser quinzenais e 36 semanas (8 meses) semanalmente.

Na primeira consulta do pré-natal a gestante recebe um cartão da gestante com a identificação e as informações da gravidez.

Figura 2 - Consulta do pré-natal



Fonte: cuide.de.saude.com.br/gestante/pre-natal

Os sinais da gravidez são: Atraso da menstruação, náuseas, vômitos, tonturas, salivação e mudança de apetite, aumento da frequência a urinária e sonolência e aumento do volume as mamas.

GESTACÃO

Logo no início da gestação, o organismo da mulher sofre uma verdadeira inundação hormonal de estrógeno e progesterona. Esse fluxo hormonal afeta, no primeiro trimestre, a área do cérebro que comanda as emoções, tornando a maioria das gestantes mais sensíveis, emotivas e chorosas.

A gestação modifica todo o metabolismo feminino. O aumento na produção de progesterona causa sono e letargia, comum na fase inicial da gravidez, além de diminuir o desejo sexual.

Por outro lado, algumas funções aceleram no organismo, como respiração e batimentos cardíacos. Essas exigências extras causam cansaço, por isso durma o máximo que você puder.

MODIFICAÇÕES DURANTE A GESTACÃO

A musculatura do trato intestinal relaxa, provando diminuição das secreções gástrica (prisão de ventre)

Para evitar a prisão de ventre, tome bastante líquido e coma ameixas secas e cereais ricos em fibras. Jamais use laxantes. Este tipo de medicamento pode ser abortivo. Quanto aos gases, exercícios leves, como caminhadas e hidroginástica, podem ajudar.

Figura -3



Fonte: www.google.com.br/imgres?start

A pigmentação da pele aumenta, principalmente em áreas já pigmentadas como sardas, pinta, mamilos. Deve-se usar protetor solar para prevenir as temidas manchas escuras na pele, comuns na gestação. As manchas são provocadas devido a uma maior pigmentação da pele causada pela circulação intensa de melanina.

Use sempre hidratante para reduzir a incidência de flacidez na pele.

DIETA PARA GESTANTES

A gestante deve manter uma alimentação saudável. O ganho de peso ideal da mãe é de 10 a 12 quilos durante toda a gravidez. É recomendável fazer 6 refeições ao dia, devendo comer pouco por vez. Assim, seu estômago trabalhará com calma, propiciando uma boa digestão e diminuindo a chance da gestante ter azia.

Tenha sempre com você frutas e biscoitos integrais, para evitar as tonturas causadas pelo jejum prolongado. Mantenha-se sempre hidratada, ingerindo líquidos em grande quantidade.

Figura 4 - Alimentação Saudável



Fonte: Brasil 2011

Algumas mulheres sofrem com enjoos e vômitos, nos três primeiros meses da gestação. Em geral, o enjôo ocorre com mais frequência pela manhã. Para evitá-lo, tenha sempre um pacote de bolachas água e sal ao lado da cama e coma algumas antes de se levantar. Também evite cheiros fortes, comidas condimentadas e nunca fique de estômago vazio.

Procure praticar exercícios físicos adequados para mulheres grávidas. Caso você seja sedentária, consulte a sua equipe de saúde

Figura-5 Exercício físico na gravidez

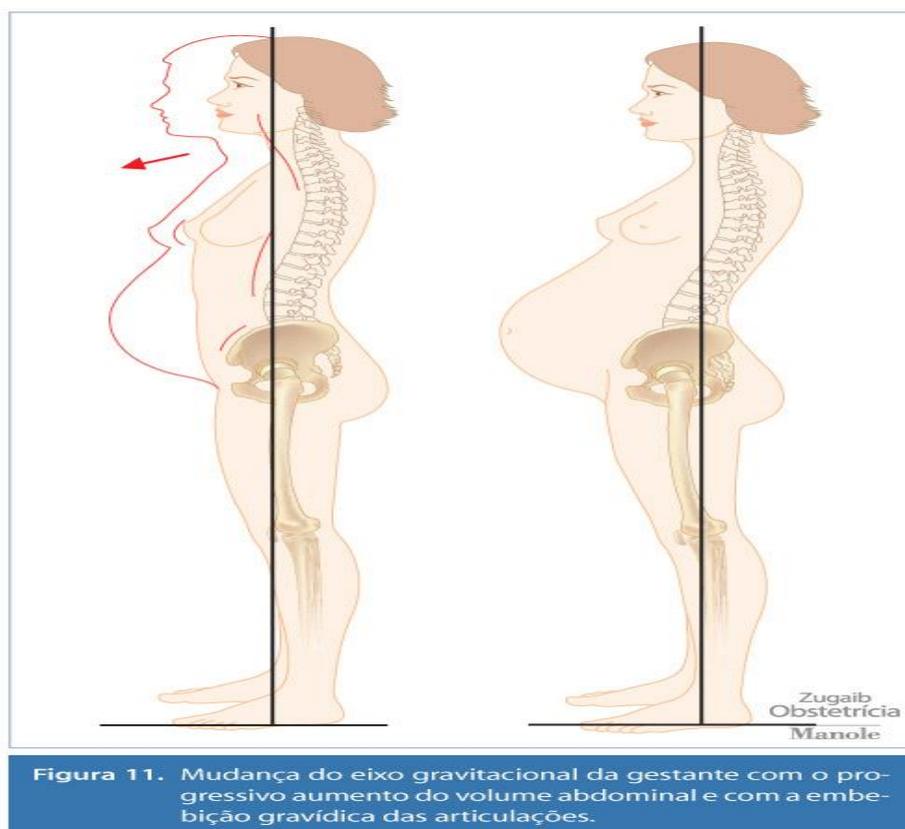


Fonte: WWW.google.com.br/search?q=figura de gestante+fazer+exercício

POSTURA E DEAMBULAÇÃO

Postura e Deambulação: O centro de gravidade da gestante se desloca devido ao crescimento uterino e das mamas. Para manter o equilíbrio, o ventre pronuncia-se para frente causando uma lordose da coluna lombar, os pés se afastam e as espáduas se projetam para trás. O andar da grávida torna-se oscilante com passos mais curtos, assemelha-se ao andar de ganso denominado “marcha anserina” (REZENDE; MONTENEGRO, 2003). Para minimizar a dor lombar indicam-se massagens circulares nas costas, banho de chuveiro, cuidados com a postura, hidroginástica, almofadas nas costas e entre as pernas para dormir, suporte para apoiar a barriga e colchão semi-ortopédico.

Figura 06



Fonte: www..google.com.br/imges?start

Nos últimos meses da gestação, pés e pernas costumam inchar muito. Para amenizar o desconforto, faça massagem linfática. Procure também manter os pés durante 15 ou 30 minutos em posição confortável, ligeiramente mais elevados do que o resto do corpo.

PARTO

O parto normal traz inúmeros benefícios à parturiente e ao bebê, além de possibilitar a recuperação mais rápida da mulher e maior facilidade no início da amamentação, por estimular, naturalmente, os hormônios responsáveis pela produção do leite materno.

Além de contribuir para a diminuição de problemas à saúde da gestante e do recém-nascido, o parto normal possibilita o contato imediato da mãe com o filho e ajuda no amadurecimento final dos pulmões, que ocorre na passagem do bebê pelo canal vaginal e na expulsão natural do líquido dos pulmões.

CUIDADOS PÓS- PARTO

A puérpera pode levar pontos mesmo em parto normal por isto deve ter maior cuidado com a higiene pessoal.

Durante o período de amamentação, elabore um cardápio que inclua vitaminas, proteínas e sais minerais. Coma muitas fibras, frutas, legumes, verduras e proteínas. Leite e líquidos são fundamentais nessa fase. A mãe que está amamentando deve tomar de 1,5 a 2 litros de água, ou líquidos, por dia.

ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno contém todos os nutrientes de que o bebê precisa nos primeiros seis meses de vida. Por isso, não é necessário dar água, suco, chá, sopa e fruta para ele. Para uma amamentação tranquila, procure sempre amamentar em um ambiente calmo, sem muito barulho ou agitação. Escolha uma posição que seja confortável para você e para seu filho. Relaxe.

Figura- 07 Amamentação



Fonte: WWW.google.com.br/search?q=figura+da+puerpara+dando+mama

Limpe o seu seio com um chumaço de algodão embebido no próprio leite materno. Segure o bebê com um dos braços e ofereça o seio para ele. Depois, com uma das mãos, aperte suavemente o bico do seio próximo à boca da criança. Isso irá estimular a sucção.

CUIDADO COM O RECÉM- NASCIDO

Ao nascer o recém-nascido deve tomar as vacinas contra a BCG e Hepatite e fazer os testes do pezinho, orelhinha e dos olhos usar o álcool 70% no couro umbilical e oferecer só o leite materno.

Figura –08 Higienização do coito umbilical



Fonte: WWW, Google cuidado com recém nascido

BIBLIOGRAFIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Manual Técnico. Brasília; 2001.

Molcho S. A linguagem corporal da criança: entenda o que ela quer dizer com os gestos, as atitudes e os sinais. São Paulo: Gente; 2007. p. 15-27.

Brasil. Ministério da Saúde. Céu d`Elia. Cigarra. Família Canguru. Guia de Orientações. As aventuras de um bebê prematuro:

RACCO, N. H.; TADDEI, J. A. A. C. Mudança de conhecimento de gestantes em aleitamento materno através de atividade educacional. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 7-14, 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. v. 3. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v3.pdf>. Acesso em: 10 maio 2012.

Mais uma pessoa vai nascer e vamos cuidar para isso aconteça com todo cuidado e carinho.

