THEREZA CRISTINA FORTUNATO

ROCESSO 323/96
ISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
AGOSTO/2000

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA UMA AÇÃO DE AUTOCUIDADO NO PERÍODO GESTACIONAL

MARÍLIA/2000

unesp

THEREZA CRISTINA FORTUNATO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA UMA AÇÃO DE AUTOCUIDADO NO PERÍODO GESTACIONAL

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA UMA AÇÃO DE AUTOCUIDADO NO PERÍODO GESTACIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – Campus de Marília – para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: *Prof. Dr. Sebastião Jorge Chammé*

Faculdade de Filosofia e Ciências
BIBLIOTECA
Campus de Marília

1410001110

MARÍLIA/2000

THEREZA CRISTINA FORTUNATO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA UMA AÇÃO DE AUTOCUIDADO NO PERÍODO GESTACIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – Campus de Marília – para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: *Prof. Dr. Sebastião Jorge Chammé*

Fac. de Filosofia e Ciências
BIBLIOTECA
Campus de Marília

1410001110

MARÍLIA/2000

THEREZA CRISTINA FORTUNATO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA UMA AÇÃO DE AUTOCUIDADO NO PERÍODO GESTACIONAL

Orientador: Prof. Dr. Sebastião Jorge Chammé

Comissão Examinadora:

1. Profª. Drª. Claude Lèpine
2. Prof. Dr. Adolpho Menezes de Mello

unesp

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, Luiz e Felipe,

e a minha família de origem.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Chammé, no desenvolvimento deste trabalho, pela sua orientação e competência intelectual para acompanhar o início da minha formação como pesquisadora.

À Banca Examinadora, pelas orientações recebidas na Qualificação.

Ao Prof. Dr. Walter, pela colaboração na pesquisa prática.

Ao Prof. Roosevelt, pela revisão gramatical do texto.

Ao Beto e família e à Heloisa, por colaborarem na digitação e formatação do trabalho.

Ao órgão financiador da Bolsa de Estudos CAPES, pela colaboração financeira.

Aos funcionários da UNESP - Pós-Graduação, Xerox e Biblioteca, pelo material fornecido.

Aos funcionários do Posto São Judas, no auxílio da rotina de agendamento.

Aos meus amigos.

Às mulheres e seus bebês que possibilitaram o desenvolvimento deste estudo.

FORTUNATO, THEREZA CRISTINA (2000). Educação em saúde para uma ação de autocuidado no período gestacional. Departamento de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – Campus de Marília/SP. (Dissertação, Mestrado), 63p.

RESUMO

O presente trabalho enfoca o processo de Educação em Saúde partindo do conhecimento dos conceitos cotidianos presentes nos sintomas dos três trimestres gestacionais, classificados em uma normatividade biológica, bem como dos conceitos científicos transmitidos pelo profissional de saúde e que visam conduzir a uma educação para a saúde. As 12 gestantes com mais de 28 semanas de gestação, que participaram da pesquisa, freqüentaram o Programa de Pré-Natal preconizado pela Secretaria Municipal de Higiene e Saúde do município de Marília. Tal universo amostral foi identificado na Unidade Básica de Saúde São Judas Tadeu e, neste trabalho, foram enfocadas as ações de autocuidado somático após a consulta obstétrica para a educação em saúde. A metodologia adotada nas análises dos dados é a qualitativa, as gestantes foram entrevistadas e os dados registrados através de gravação. Posteriormente, procedeu-se à transcrição do discurso para avaliação da eficácia da educação em saúde no referido período. Os resultados encontrados revelaram uma educação em saúde com base na prevenção secundária de doenças (diagnóstico e tratamento), desenvolvida por meio da consulta médica para uma ação de autocuidado somático, como resultado do processo ensino-aprendizagem.

Palavras-Chave: Educação em Saúde. Ação de Autocuidado. Período Gestacional.

FORTUNATO, THEREZA CRISTINA (2000). Health education for self-care action during the gestational period. Departamento de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – Campus de Marília/SP. (Dissertação, Mestrado), 63p.

ABSTRACT

The present paper is aimed to discuss the Health Education Process based on the knowledge of daily concepts present on the symptoms during the three gestational trimesters, classified in a biological normativity as the scientific concepts passed on by the health care professional which are intended to lead to health care education. The twelve pregnant women over 28 weeks of gestation participating in the research attended to the Prenatal Program supported by the Secretaria Municipal de Higiene e Saúde in Marília, state of São Paulo, Brazil. The samples were collected at the Unidade Básica de Saúde São Judas Tadeu and this paper focuses on the actions of somatic self-care after the health care educational training. The qualitative methodology was followed for the data analyses; which allowed the interview of the pregnant women as well as the tape recording of the data collected. Subsequently, the speech was transcripted in order to assess the effectiveness of the "health care education" during the referred period. The results showed a "health care education" on the basis of the secondary disease prevention (diagnosis and treatment) developed through clinical evaluation for a somatic self-care action, as an outcome of the teaching-learning process.

Key Words: Health education. Self-care action. Gestacional period.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **12**

PROBLEMATIZAÇÃO **15**

1. PERÍODO GESTACIONAL **17**

2. SOBRE O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM **20**

2.1. Internalização dos Conceitos Científicos **21**
2.2. A Educação para o Autocuidado **23**

3. SOBRE O CONCEITO DE AUTOCUIDADO **24**

4. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO **28**

5. ENTREVISTAS **31**

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS **40**

7. REFERÊNCIAS BIBILIOGRÁFICAS **42**

8. ANEXOS **44**

8.1. Anexo I **44**
8.2. Anexo II **63**

APRESENTAÇÃO

O trabalho teve início com um estudo teórico dos conceitos científicos, que são as informações transmitidas na consulta obstétrica, e os conceitos espontâneos ou cotidianos, trazidos pelas gestantes transmitidos nos sintomas de cada trimestre gestacional.

Posteriormente estudou-se o processo intelectivo de internalização desses conceitos, ou seja, o ensino, no qual a informação é transmitida e a aprendizagem que será recebida de acordo com a realidade compatível com o período gestacional.

As ações de autocuidado somático, após referidos processos de ensino e aprendizagem, têm o propósito de demonstrar a eficácia da educação em saúde, ações essas que são conhecidas a partir das entrevistas.

O estudo esteve voltado nos conceitos cotidianos que as gestantes portavam, transmitidos nos sintomas gestacionais. Na sequência esteve contida ainda, a informação de condutas no tratamento e cura.

A gestação foi estudada considerando-se os sintomas somáticos classificados de acordo com o conceito de normatividade biológica para o período enfocado.

Não foram examinadas ações preventivas da sintomatologia gestacional, nem situações patológicas gestacionais, porque o trabalho se aplica ao estudo da normalidade gestacional.

É considerado, que na gestação, o equilíbrio fisiológico está regulado pelo hipotálamo sendo que com o nascimento, rompe-se este equilíbrio que terá que ser refeito de forma diferente daquela existente na vida intra-uterina.

O estudo inicialmente se propunha ao conhecimento da manutenção desse equilíbrio no período puerperal com as ações de autocuidado somático, como resultado da educação em saúde desenvolvida no período

gestacional, pois se pretendia compreender a maneira pela qual a educação em saúde no período gestacional facilitaria, a manutenção do equilíbrio nas ações de autocuidado somático da unidade mãe-bebe, no período puerperal.

No entanto, durante a elaboração e aplicação das entrevistas, constatou-se que os serviços de saúde trabalham com uma proposta limitada que se refere exclusivamente ao tratamento curativo no período gestacional.

Naquela fase do trabalho, o estudo, foi então limitado a entrevistas e análise dos resultados enfocando uma educação em saúde pertinente ao período gestacional.

As entrevistas demonstraram haver um ensino voltado para tratamento curativo dos sintomas gestacionais, trazidos pelas gestantes por ocasião das consultas obstétricas periódicas.

O constatado é a não existência de um ensino preventivo dos sintomas gestacionais, e sim uma educação em saúde direcionada ao tratamento dos sintomas manifestados na consulta obstétrica, pois durante o desenvolvimento do programa de pré-natal as gestantes são atendidas em consultas obstétricas.

Houve, portanto, o conhecimento da educação em saúde no período gestacional, não tendo sido possível, neste trabalho, realizar a análise das ações de autocuidado somático no período puerperal.

Assim, foi realizada a análise de uma educação em saúde para ações de autocuidado somático no período gestacional levando-se em consideração a sintomatologia normal biológica.

"Progresso é a reinterpretação de idéias básicas."
(Whitehead)

unesp

PENSAMENTO

"Progresso é a reinterpretação de idéias básicas."

(Whitehead)

INTRODUÇÃO

Este trabalho trata de questionamentos sobre Educação em Saúde no período gestacional, como resultado de procedimentos referidos durante esse período, realizados no Programa de Pré-Natal, preconizado pela Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, oferecido pela Unidade Básica de Saúde São Judas Tadeu.

O objetivo deste estudo visa alcançar o conhecimento dos sintomas do período gestacional, objetivando uma análise do nível de Prevenção desenvolvida na Educação em Saúde, avaliando se os resultados encontrados correspondem a uma ação de autocuidado somático.

A hipótese em questão é a de que se a educação em saúde corresponde, realmente, a uma ação para o autocuidado somático.

Os objetivos propostos pelo Programa de Pré-Natal (Anexo I) são de uma educação em saúde nos níveis de Prevenção Primária e Secundária, visando à assistência gestacional e puerperal.

A Educação para Saúde tem sido, nos últimos tempos, uma preocupação tanto para educadores quanto para profissionais de saúde, no sentido de propor que o ensino-aprendizagem possa acontecer oferecendo um mínimo de insucessos e um máximo de rentabilidade quanto aos conceitos aprendidos, os quais devem transformar-se em apropriação de conhecimento, de modo a conduzir a uma ação para a saúde.

O presente trabalho está dividido em partes pretendendo alcançar um esclarecimento sobre conceitos e práticas capazes de direcionar o ensino-aprendizagem no sentido do conduzir a uma ação para o autocuidado somático.

Na parte 1 são enfocados o período gestacional, as modificações fisiológicas somáticas e o aparecimento dos sintomas deste período.

Serão examinados os três trimestres gestacionais, em seus sintomas característicos, classificados neste trabalho como sendo normatividade biológica. Não serão, no entanto, examinadas as situações patológicas

gestacionais, por não se referirem ao enfoque temático da presente investigação.

A parte 2 trata do conhecimento adquirido por meio do processo ensino-aprendizagem, que compreende: a problematização, os conceitos cotidianos, os conceitos científicos e a associação teórico-prática da educação em saúde para ações de autocuidado somático no cotidiano do período gestacional.

Os conceitos espontâneos são considerados aqueles trazidos pelas gestantes e relatados nos sintomas gestacionais relacionados com suas próprias experiências adquiridas no cotidiano. Os conceitos científicos são considerados aqueles transmitidos pelos profissionais de saúde com a finalidade de manter ou indicar uma mudança de conduta inadequada, atuando como facilitador para uma educação em saúde. Como resultado, espera-se obter uma ação de autocuidado.

A parte 3 estuda o conceito de autocuidado com base na descrição de alguns autores sobre tal conceito, definições, tipos, bem como a ação do autocuidado somático desenvolvido no cotidiano e a própria educação em saúde como mediadora para a correção e encaminhamento de condutas adequadas para uma ação de autocuidado somático.

A parte 4 se refere à comunicação, pelas gestantes, da realidade cultural gestacional, relatada a partir dos conceitos cotidianos e dos procedimentos na transmissão da informação do profissional de saúde, objetivando o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem.

Nas entrevistas, a metodologia refere-se à elaboração de um questionamento adequado para o estudo via entrevistas semi-estruturadas, gravadas e transcritas para análise qualitativa dos dados coletados. As questões foram elaboradas tendo em vista a realidade cotidiana de cada trimestre gestacional, referentes aos sintomas fisiológicos e às ações de autocuidado cotidianas. Após o processo de educação em saúde, foi coletada uma amostra trabalhada com 12 gestantes com mais de 28 semanas de gestação, que estavam agendadas para consulta obstétrica periódica.

cm 1 2 3 4 5 6 7 8 unesp 12 13 14 15 16 17 18

Buscamos enfocar a necessidade do conhecimento que revelasse uma ligação teórico-prática que mais se adequasse a uma metodologia educacional para obtenção de uma ação em saúde, e qual o nível de prevenção de doença desenvolvido no Programa de Pré-Natal.

Chammé (1997) afirma que saúde e doença são categorias que trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser analisada de uma forma estatística. Considerando esta posição, optou-se pela metodologia qualitativa de análise e interpretação das entrevistas, buscando alcançar os objetivos propostos pelo trabalho, avaliando, assim, uma melhor correspondência do referencial teórico (Programa de Pré-Natal) para uma prática (ação em saúde).

O questionamento foi elaborado a partir de perguntas baseadas no referencial teórico e as respostas previstas pelos objetivos foram analisadas sobre as ações de autocuidado somático após a educação em saúde.

A análise do programa educativo que é oferecido pela Rede Básica de Saúde visa rever seus objetivos e propostas de uma educação para a saúde no período gestacional, bem como o nível de prevenção de doença, a partir da assistência educacional.



PROBLEMATIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília propôs, a partir de 1999, como objetivos do Programa de Pré-Natal: melhorar a qualidade da assistência ao pré-natal, controlar o coeficiente de mortalidade materna, controlar e diminuir o coeficiente de natimortalidade, estimular aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e ampliar a incidência de partos normais para as gestantes inscritas no programa.

Assim, para que estes objetivos sejam alcançados de forma satisfatória, faz-se necessária uma Educação em Saúde, a ser desenvolvida durante o período gestacional, estendida até os cuidados da unidade mãe-bebê no puerpério.

A estrutura do programa de pré-natal propõe que a gestação chegue a termo com mãe e bebê saudáveis, tendo como prioridade uma intervenção eficaz para a redução dos índices de mortalidade neonatal e tardia infantil, com a padronização de cuidados a serem oferecidos.

A busca deste estudo é de conhecimento teórico-prático no sentido de facilitar uma compreensão do processo ensino-aprendizagem no período gestacional, direcionada ao desenvolvimento do autocuidado somático nesse período.

No atendimento ao usuário dos serviços de saúde, com a posse do diagnóstico laboratorial da gestação, faz-se a inscrição da gestante, que é acompanhada através de agendamento nas modificações orgânicas gestacionais para consultas médicas periódicas, conforme cronograma do Anexo I.

O Programa mostra que a inscrição precoce da gestante favorece uma prevenção primária e secundária, com proteção específica com a imunização e diagnóstico para tratamento e cura, na assistência em uma educação em saúde, em benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde.

cm 1 2 3 4 5 6 7 8 unesp 12 13 14 15 16 17 18

A problematização desse estudo indaga, portanto, se a educação em saúde desenvolvida no Programa Pré-Natal é aprendida pelas gestantes, para o desenvolvimento de ações de autocuidado somático no período gestacional e em qual nível de prevenção de doença está sendo desenvolvida esta assistência.

1. PERÍODO GESTACIONAL

Para Ziegel (1980), a definição da gestação é a de que ela tem início com a fertilização, que é a passagem de um espermatozóide para o interior de um óvulo, com a fusão dos seus núcleos, resultando em uma única célula denominada zigoto, que está pronta para as divisões celulares que se seguirão no desenvolvimento de um novo ser.

Segundo Mello (1993), durante a gravidez existe um equilíbrio harmônico da unidade mãe-bebê, que do ponto de vista psicossomático-fisiológico está regulado pelo hipotálamo materno relacionado ao *feedback* oferecido pelo bebê.

Nesse equilíbrio, durante a gravidez ocorrem alterações fisiológicas envolvendo todos os sistemas em um processo lento e natural, com sintomas característicos em cada idade gestacional. Esses sintomas serão classificados neste trabalho como uma normatividade biológica.

Sinais e sintomas das modificações gestacionais:

- **1º Trimestre:**
  - Algumas alterações orgânicas podem causar desconforto durante a gravidez, mesmo não sendo graves; o bem-estar pode ser aumentado com o alívio desses sintomas.

    Alguns desses sintomas serão conhecidos para a avaliação das ações de autocuidado somático.

    O primeiro trimestre tem como característica a ambivalência, a conscientização de sua escolha para a concepção. Se a opção do aborto foi posta de lado, a gestação segue até o parto.

    Seus sintomas são, de início, mais de ausência do que de presença do feto. Poderão aparecer náuseas e cansaço. Não é um quadro patológico, mas existem sintomas de desconforto físico nesse período.

> "Se existem normas biológicas, é porque a vida, sendo não apenas submissão ao meio mas também instituição de seu meio próprio, estabelece, por isso mesmo, valores, não apenas no meio, mas também no próprio organismo. É o que chamamos de normatividade biológica" (Canguilhem, 1995, p.144).

Este estudo, no entanto, preocupa-se com o conhecimento dos sintomas classificados em uma normatividade biológica, com a necessidade de diagnóstico e tratamento para uma ação de autocuidado somático.

unesp

No período que envolve a 16ª semana de gestação, geralmente é resolvida a ambivalência rejeição/aceitação.

- **2º Trimestre:**
  - A ambivalência diminui, assim como as alterações físicas. Têm início os movimentos fetais. Durante esse período a gestante começa a conhecer e identificar o bebê como uma realidade separada dela, e inicia a perceber-se como mãe, aumentando o interesse em aprender sobre si mesma e sobre o nenê. Grande parte das gestantes inicia o pré-natal, aumenta a energia, sente-se mais disposta.
- **3º Trimestre:**
  - Nesse período a gestante se encontra volumosa e desajeitada, cansa-se com facilidade e sente-se desconfortável, preocupa-se com riscos de acidentes e se prepara para o parto; aparecem as insônias e aumenta a fadiga. Nesse trimestre retorna o círculo da ambivalência, do primeiro trimestre, quando a gestante odeia a gravidez, deseja a criança, mas teme o parto.

Canguilhem (1995) sustenta que os fenômenos patológicos são idênticos aos fenômenos normais correspondentes, estando a diferença nas variações quantitativas. Assim, pode-se entender que, no primeiro trimestre gestacional, os sintomas ocorrem dentro de um quadro de normatividade biológica.

A variação quantitativa será o diferencial de uma patologia do trimestre gestacional.

> "Em matérias de normas biológicas, é sempre o indivíduo que devemos tomar como ponto de referência porque, como diz Goldstein, determinado indivíduo pode se encontrar "à altura dos deveres resultantes do meio que lhe é próprio" [46, 265], em condições orgânicas que, para um outro indivíduo, seriam inadequadas" (Canguilhem, 1995, p.144).

2. SOBRE O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

Vygotsky (1991) nos aponta que a formação de conceitos não segue o modelo de uma cadeia associativa, em que um elo faz simplesmente surgir o seguinte. Trata-se de um processo orientado para um objetivo, uma série de operações que serve de passos em direção a um objetivo final. No entanto, a simples memorização de palavras e sua associação com os objetos não levam à formação de conceitos conduzindo a uma ação em saúde. Para que o processo se inicie, deve surgir um problema que só possa ser resolvido pela formação de novos conceitos.

O objetivo de uma Educação em Saúde é uma ação tendo em vista um processo subjetivo voltado para a saúde. Existe um questionamento entre a informação para o ensino de conceitos científicos e a ação para a saúde. De acordo com o autor, aprende-se que não é somente a educação de um conceito científico, voltada para solução de algum problema, que resultará em uma ação para a saúde. Neste estudo, são utilizados especialmente conceitos cotidianos, que são formados sem a mediação do ensino-aprendizagem.

Os conceitos se formam e se desenvolvem sob condições internas e externas totalmente diferentes, quando se originam do aprendizado em sala de aula ou da experiência pessoal. Existem dois tipos de conceitos: os chamados conceitos científicos, que serão os institucionalizados e levam à uma orientação de conteúdo para ações de autocuidado somático, e os conceitos espontâneos, que são advindos da própria realidade cotidiana refletindo os aspectos culturais da gestante.

O conhecimento dos sintomas cotidianos gestacionais possibilitam a formulação de uma problematização para o direcionamento das informações a serem transmitidas.

Neste sentido, Geertz (1978) afirma que, na compreensão da cultura de um povo, se conhece sua normalidade. Aponta que os padrões culturais têm um sistema de significados criados historicamente. Sendo assim, uma

educação em saúde necessita do conhecimento do cotidiano cultural, que é representado por fatores biológicos (raça, idade, sexo, aspectos genéticos), socioculturais (educação, valores e crenças) e político-econômicos, que influenciam sobre a situação de saúde dos indivíduos.

Por conseguinte, uma educação em saúde informa conceitos de acordo com as condições culturais individuais, em uma normalidade gestacional, que será transmitida pelos sintomas fisiológicos.

Vygotsky (1991) descreve ainda que os conceitos científicos são importantes na educação, conduzindo para um aprendizado. Embora tais conceitos não sejam absorvidos prontos, o ensino e a aprendizagem desempenham uma prioridade nesta aquisição.

> "A própria noção de conceito científico implica uma certa posição em relação a outros conceitos, isto é, um lugar dentro de um sistema de conceitos que são depois transferidos para os conceitos cotidianos" (Vygotsky, 1991, p.80).

No estudo da formação de conceitos, os conceitos cotidianos ou espontâneos são conhecidos como aqueles que revelam a realidade dos sujeitos sociais e se formam sem a ajuda do aprendizado institucionalizado; os conceitos científicos, mediados por um processo ensino-aprendizagem, transformam os conceitos cotidianos, conduzindo a uma ação adequada para a saúde.

2.1. Internalização dos Conceitos Científicos

A educação inicia-se com uma internalização de conceitos, isto é, a reconstrução interna de uma atividade externa. Uma ação interpessoal é

transformada em uma ação intrapessoal, e as funções no desenvolvimento aparecem duas vezes: primeiro no nível social e depois no nível individual; primeiro entre pessoas (interpsicológica) e depois no interior das relações (intrapsicológica). Assim, a transformação de uma ação interpessoal em uma ação intrapessoal é o resultado de um desenvolvimento educacional.

Um outro conceito sobre internalização, conforme Duarte (1993), aponta o processo de apropriação como sendo aquele em que o indivíduo se apropria das características do gênero humano, que resulta de um processo histórico de objetivação (ensino), que é uma ação interpessoal. Seu resultado é a reprodução, pelo indivíduo, das aptidões e funções humanas historicamente formadas (aprendizagem/ação intrapessoal).

O educador, na prática pedagógica escolar, conduz o processo de apropriação aos alunos, através do conhecimento científico produzido histórica e socialmente.

O ensino de um conceito científico se faz mediante a comunicação da informação do profissional de saúde para a gestante, que, internalizando conceitos, é orientada para uma ação de autocuidado (objetivação).

Aponta Duarte (1993) que, ao se apropriar dos conceitos científicos para uma ação de autocuidado, a gestante terá uma ação no plano de uma genericidade para si, como resultado de que a prática pedagógica se torna mediadora entre a formação do indivíduo na vida cotidiana (conceitos espontâneos – genericidade em si) e a formação do indivíduo nas esferas não cotidianas (conceitos científicos – genericidade para si).

Na vida cotidiana existem as ações de autocuidado somático relacionadas aos hábitos, costumes e condutas de saúde dos indivíduos. No mesmo sentido, segundo Lange (1987), é preciso separar as ações educativas – cujo objetivo é modificar condutas inadequadas – da educação dirigida a formar condutas de vida sadia. Antes de realizar uma intervenção educativa dirigida a resolver um problema específico, é fundamental deter-se e analisar quais os fatores que determinam tal problema e quais destes fatores são modificáveis através da educação.

unesp

2.2. A Educação para o Autocuidado

O conhecimento dos conceitos espontâneos transmitidos pelos sintomas gestacionais (realidade cotidiana) colaboram para conhecer quais as ações que necessitarão de educação em saúde, para serem solucionadas independentemente.

> "O desenvolvimento proximal é a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, através da solução de problemas sob a orientação" (Vygotsky, 1991, p.97).

O nível de desenvolvimento real define funções que já amadureceram, ou seja, os produtos finais do desenvolvimento. O desenvolvimento proximal define aquelas funções que ainda não amadureceram, mas que estão em processo de maturação.

A educação em saúde, como mediadora, diminuirá a distância entre as ações de autocuidado cotidianas inadequadas e as ações de autocuidado real adequadas, para tratamento e cura dos sintomas gestacionais.

Autocuidado proximal seriam as ações cotidianas que necessitam da internalização de conceitos científicos.

Analisaremos, a partir das entrevistas realizadas com as gestantes, após as atividades de educação em saúde, o desenvolvimento das ações de autocuidado somático, e qual o nível de prevenção de doença que está sendo feito neste procedimento no Programa de Pré-Natal.

unesp

3. SOBRE O CONCEITO DE AUTOCUIDADO

A teoria de Orem, apontada por Neves (1987), auxilia no conhecimento sobre as definições de autocuidado, assim como a conceituação de outros autores sobre este conceito, que é estudado como sendo uma proposta de ação para a saúde, demonstrando que o indivíduo é suficiente para autocuidar-se.

> "Orem (1971) define autocuidado como sendo a prática de atividades que indivíduos desempenham em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar.(...) Tais atividades são aprendidas e têm relação com crenças, hábitos e práticas que caracterizam a maneira cultural de vida do grupo ao qual o indivíduo pertence. O desempenho de tais atividades envolve uma decisão, uma escolha" (Neves, 1987, p.236).

> "Orem (1980) denominou *Self-Care-Agency* a capacidade do indivíduo para se engajar em ações de autocuidado. O poder de tornar-se agente no seu autocuidado desenvolve-se no processo de viver o dia-a-dia, através de um processo espontâneo de aprendizagem, o qual inclui as seguintes habilidades para que esse processo possa vir a ser desempenhado: incorporar ou excluir coisas específicas a partir da compreensão de seus significados; compreender a necessidade de mudar ou regular as coisas observadas; adquirir conhecimento sobre o curso de ação a ser seguido para a regulação, decidir o que fazer; agir para alcançar a mudança ou atingir regulação" (Neves, 1987, p.236).

Essa definição do conceito de autocuidado demonstra uma ação cotidiana como um processo espontâneo de aprendizagem.

A gestante é acompanhada durante o pré-natal para uma ação de autocuidado somático, visando ao tratamento dos sintomas. Com isso, compreende-se que a educação é uma mediação entre os sintomas gestacionais e as ações de autocuidado.

A classificação sobre autocuidado distingue três tipos, segundo Neves (1987):

1. Autocuidado universal;
2. Autocuidado dos desvios de saúde;
3. Autocuidado de desenvolvimento.

As atividades de autocuidado universal correspondem às que têm como finalidade satisfazer as necessidades humanas básicas da vida diária. As atividades de autocuidado dos desvios de saúde são as ações necessárias somente em caso de enfermidade, agressão ou acidentes. Atividades de autocuidado de desenvolvimento são descritas como sendo o cuidado desempenhado pela própria pessoa, para si mesma, quando ela atinge um estado de maturidade que a torna capaz de realizar uma ação propositada, consistente, controlada e eficaz, e que pressupõe dois requisitos:

1. A existência e manutenção de condições de vida que apóiem o processo vital e promovam o processo de desenvolvimento;
2. A provisão de cuidados para prevenir a ocorrência de condições ameaçadoras do desenvolvimento humano ou para aliviar ou superar esses efeitos. Os métodos utilizados pelas enfermeiras, por exemplo, para ajudar o indivíduo a aprender a se cuidar, serão solucionados à luz do estágio operativo que a pessoa atingiu.

unesp

Mantendo o mesmo raciocínio, o Programa de Pré-Natal tem a finalidade de oferecer assistência no tratamento dos sintomas gestacionais para a manutenção dos tipos de autocuidado.

A teoria de Orem, apud Neves (1987), mostra que, embora autocuidado seja requerido de cada indivíduo, há situações nas quais os profissionais de saúde assumem o papel de agentes de autocuidado, para aqueles indivíduos que estão total ou parcialmente incapazes de desempenhar tal autocuidado. Há outras situações, nas quais o agente de saúde proporciona orientação (guia) e suporte (apoio) aos indivíduos, a fim de ajudá-los a adquirir competência adicional para o autocuidado, que dependem de três fatores:

1. Estado de saúde do indivíduo, incluindo crescimento e desenvolvimento, estado de envelhecimento e requisitos relativos ao ambiente;
2. A patologia e as desordens de estrutura e funcionamento do indivíduo;
3. Poder de tornar-se agente, ou seja, a capacidade de habilidades para se engajar em ações de autocuidado, incluindo desenvolvimento mental, maturidade pessoal, efetividade social e competência para ações deliberadas.

Nestes estudos, estamos identificando sintomas de uma normatividade biológica em que se faz necessária a orientação de conceitos para uma ação de autocuidado somático, que pode ser até mesmo para uma assistência preventiva de atendimento.

> "Prevenir e prever antes que algo aconteça, ou mesmo cuidar para que não aconteça. Prevenção em Saúde Pública é a ação antecipada, tendo por objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença" (Rouquayrol, 1993, p.19).

unesp

Na assistência em saúde, conforme nos descreve Rouquayrol (1993), existem três níveis de assistência preventiva: o desenvolvimento de ações em saúde para uma Prevenção Primária (Promoção da Saúde e Proteção Específica), Prevenção Secundária (Diagnóstico Precoce e Limitação da Incapacidade) e Prevenção Terciária (Reabilitação e Desvios de Saúde).

Para um esclarecimento de Prevenção Primária e Atenção Primária à Saúde, compreende-se que a Prevenção é a assistência educacional desenvolvida por um profissional de saúde que pode ser direcionada para os três níveis citados, que serão analisados no resultado das entrevistas, para o conhecimento do nível de Prevenção à Saúde que está sendo desenvolvido na Unidade Básica de Saúde escolhida para o estudo no atendimento às gestantes.

O nível de atenção primária de assistência refere-se a questões de promoção e educação em saúde em Unidades da Rede Básica de Saúde Municipais. A atenção secundária tem o objetivo de diagnosticar e tratar os problemas de saúde encaminhados pela rede de atenção primária, em um tratamento ambulatorial. O nível de atenção terciária é da assistência à saúde, desenvolvida em sistema hospitalar.

Giordano (1988) define a atenção primária à saúde como uma estratégia de extensão de serviços, no nível da primeira linha de assistência de um sistema hierarquizado, que se utiliza de concepções preventivas de intervenção no processo saúde-doença. Pode-se também entender por atenção primária a prática assistencial efetuada nas unidades básicas que, segundo Souza (1984), é um atendimento à comunidade, mantendo-a informada em matéria especializada, selecionando cuidadosamente os modos apropriados na forma de comunicação, considerando os resultados, os modos e esforços para conseguir resolvê-los; é como um "maestro" facilitando o processo de ajuda nesta para estar melhor informada e preparada para que cuide de si mesma.

4. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO

A Educação em Saúde é feita a partir de um processo de comunicação entre aquele que recebe e aquele que oferece informação, contribuindo para que os objetivos propostos venham a ser alcançados e que profissional de saúde e paciente sejam usuários de um mesmo código comunicativo, favorecendo a comunicação para o desenvolvimento de um processo de ensino-aprendizagem.

> "Quando, numa mesma realidade cultural, locutor e interlocutor não compartilham códigos simbólicos idênticos (ex.: linguagem médica X linguagem profana, enunciação técnica x enunciação amadorística), ocorre um verdadeiro distanciamento a partir da verbalização das emoções do locutor e das suas sensações, que revelarão as diferenças dos níveis das subculturas" (Chammé, 1994, p.33).

As diferenças culturais são uma realidade que instala distâncias significativas. Faz-se necessária, então, a busca da diminuição do distanciamento cultural entre conceito científico e conceito espontâneo, para facilitar a comunicação na transmissão da informação. Assim sendo:

> "O processo de socialização, pelo fato de ser considerado uma sucessão de ações que implica no ensinar e aprender cultura, se faz presente no processo educativo que é exercido, fundamentalmente, pelos mecanismos da linguagem. Ao submeter-se às regras do processo educativo, enquanto assimila conceitos e regras, o sujeito estará exercitando e ampliando a linguagem, assumindo a ideologia e acumulando cultura" (Chammé, 1997, p.35).

unesp

Para Moraes (1994), a descolonização da informação deve ter seu ponto de partida na descolonização cultural e política, a construção de um "diálogo" preciso visa transformar uma decodificação, na transmissão de um diálogo pedagógico para uma informação popular, centrada na existência, no universo da população, em seu caminho de construção de uma consciência sanitária, na educação em saúde, a descentralização do conceito científico está ligada ao conhecimento da realidade cotidiana, para uma qualidade de informação.

Pillon (1988) reafirma que em educação é necessário verificar as condições do objeto, as condições do sujeito, as contingências do ambiente e os processos empregados. Em relação ao objeto de conhecimento, geralmente temos uma informação "científica"; não podemos simplesmente repassá-la para o nicho sociocultural juntamente com as prescrições e os paradigmas de comportamento da sociedade global ou da agência instituída por essa sociedade para "resolver o problema". O objeto tem que ser compatível, não pode ser uma coisa estranha ao nicho sociocultural; deve ser assimilado em razão das próprias necessidades dos sujeitos, dos seus processos cognitivos.

A literatura nos ensina, por meio de múltiplos trabalhos produzidos sobre as questões referentes aos estados de saúde-doença, que o conhecimento e os estudos sobre o homem e suas características biopsicossociais buscam investigar, na realidade cotidiana, os costumes e crenças de usuários dos serviços de saúde.

O conhecimento sobre conceitos cotidianos se refere às condições de moradia, trabalho, saneamento básico, crenças e conhecimento do senso comum, e às condições de saúde ou doença dos usuários de serviços de saúde.

De igual modo, haverá uma multiplicidade não padronizada de conhecimentos espontâneos trazidos pelas gestantes, fato que será considerado no tratamento de tais dados por parte do agente de saúde, encarregado do processo educativo, através da ação do conhecimento necessário ao processo ensino-aprendizagem em saúde.

unesp

A educação em saúde é vista nos moldes da possibilidade de ações em saúde voltadas para o cotidiano do sujeito que aprende os conceitos científicos. Não é, portanto, uma questão de ausência às questões sociais, mas, sim, de uma assistência individualizada integral.

Para Collares e Moysés (1985), as avaliações dos programas de educação para saúde mostram que seus objetivos básicos não são atingidos de forma consistente, seja a curto, médio ou longo prazo. Entretanto, há uma tendência a atribuir este resultado à incompetência dos técnicos envolvidos e/ou resistência e negligência da comunidade, ao invés de se tentar uma crítica do programa em si, de seus preceitos e objetivos, na avaliação desses programas.

5. ENTREVISTAS

O questionamento para entrevista foi estruturado com perguntas que pudessem revelar uma correspondência com o estudo teórico que foi desenvolvido para o conhecimento da prática da assistência educacional para gestantes.

A partir do conhecimento do universo de gestantes inscritas no programa, num total de 180, foram entrevistadas 12, por amostragem, agendadas diariamente, no mês de fevereiro.

As gestantes entrevistadas estavam com mais de 28 semanas de gestação. Essa idade gestacional foi definida, por ser um período em que a gestante estaria no início do terceiro trimestre, sendo possível, assim, na entrevista, coletar informações para a análise do período em estudo.

A seleção da amostra foi feita sem restrição da faixa etária e do nível de escolaridade.

Na rotina do atendimento da Unidade Básica de Saúde, as gestantes chegavam e procuravam o setor de agendamento para entregar o cartão de consulta, para serem atendidas por ordem de chegada ou de urgência obstétrica.

As gestantes foram chamadas para as entrevistas, antes ou depois da consulta médica, de acordo com a ordem de chegada.

No início da entrevista foi feita nossa apresentação, bem como enfocado o estudo sobre os sintomas gestacionais e os cuidados para os mesmos e as perguntas foram sendo formuladas.



1. Quais os Sintomas do seu Primeiro, Segundo e Terceiro Trimestre Gestacional?

Com esta pergunta esperava-se obter das gestantes entrevistadas, informações sobre os conceitos cotidianos referentes aos sintomas gestacionais. As respostas estão aqui agrupadas com a finalidade de análise conjunta dos dados coletados, buscando por uma visão mais ampla da realidade gestacional descrita pelo universo amostral.

1º Trimestre

- "Sentia um pouco de enjôo, uma cuspideira que não parava mais, só, a única coisa de diferente".
- "Enjôo".
- "Comia bastante e dormia bastante, descobri que estava grávida e fiquei tranqüila, tive algumas dores na barriga e nas costas".
- "Eu não senti nada, não sabia que estava grávida".
- "Eu tive bastante enjôo e tontura só".
- "Não sentia muita coisa, só tinha assim vontade de vomitar, só isso, não sentia mais nada".

Ziegel (1980) cita que está previsto dentro de um quadro de normalidade, o aparecimento de sintomas de náuseas e enjôo como distúrbios muito comuns no início da gravidez, que podem aparecer em qualquer parte do dia e, geralmente, desaparecem ao fim do primeiro trimestre. Por outro lado, Canguilhem (1995), aponta haver uma relação equilibrada entre o normal e o patológico. Esclarece que os fenômenos patológicos nos organismos vivos nada mais são que variações quantitativas, para mais ou para menos, dos fenômenos fisiológicos correspondentes.

Avaliando-se o contexto do cotidiano gestacional, em função das citadas teorias, essa variação quantitativa de sintomas não poderá ser interpretada como sendo patológica, embora haja necessidade de uma educação em saúde em um nível de prevenção adequado para uma ação de autocuidado somático, sendo, assim, adequado um tratamento de uma normalidade gestacional.

Um outro grupo de gestantes foi analisado e observamos uma variação de sintomatologia significativa, em 60% do total da amostra.

- "Muitas náuseas, tontura e bastante enjôo".
- "Eu comia e não é que eu sentia enjôo, eu comia e depois eu vomitava, então eu sentia fome".
- "Deu vômito até os quatro meses, me deu desidratação, emagreci quatro quilos".
- "Muito enjôo, pressão baixa, não comia direito, não me alimentava bem".
- "No segundo mês, descobri que eu estava grávida, porque eu comecei a passar mal, vômito, nada parava no estômago".
- "Enjôos, vômitos até os quatro meses, minha pressão sempre baixa, passo muito mal na minha gravidez".
- "Não sentia muita coisa, só tinha assim vontade de vomitar, só isso, não sentia mais nada".

Analisando as respostas, acima, considera-se que nestas existe uma variação quantitativa significativa de sintomas para mais relativas aos fenômenos fisiológicos correspondentes.

Não foi questionado o diagnóstico de patologia obstétrica, pois não se enquadra na proposta deste trabalho.

O que se observou foi a necessidade de haver uma educação em saúde na consulta obstétrica visando o tratamento de uma patologia gestacional.

unesp

O Programa de Pré-Natal propõe consultas obstétricas periódicas e, nestes casos acima descritos, acarreta a necessidade de a internalização de conceitos objetivando uma recuperação da saúde geral da gestante.

Geralmente, neste período do primeiro trimestre, as gestantes estão iniciando o pré-natal e a eficiência da educação em saúde para esses sintomas serão estudadas na pergunta número 3.

O programa de Pré-Natal tem como objetivo alcançar e manter uma qualidade de assistência ao Pré-Natal, assegurando ações educativas de maior abrangência.

2º Trimestre

- "Sinto mexer, dentro da barriga".
- "Não tenho nenhuma dor, sinto o nenê mexer".
- "Não tenho sintoma".
- "Eu perguntei para o médico se era normal não sentir nada; ele disse que era, e o nenê mexe bastante, e o nenê está bem".
- "Poucas tonturas e bastante vontade, bastante vontade de comer as coisas".
- "Só engordei, só isso".
- "Mudança de temperamento, mais nervoso, não inchei, e o nenê começou a mexer, dava para ver a barriga pulando".
- "Não tive nada de ruim".

> "O segundo trimestre é caracterizado pelo desaparecimento das náuseas, a energia da gestante aumenta, começa a adquirir aparência de grávida, inicia-se movimentação fetal, o bebê torna-se uma realidade dentro dela" (Ziegel, 1980, p.173).

Neste período, a gestante estrutura a concepção da gravidez, há identificação de um período de sintomas físicos normativos, percebe-se agora a movimentação fetal e o aumento de peso, como um estado saudável e harmônico. Observa-se, no cotidiano, a mudança significativa da gestação nas modificações físicas.

Essas gestantes têm sintomas que são classificados como sendo típicos da normatividade gestacional, porém necessitando de educação em saúde dos sintomas característicos desse período, os quais são recebidos na consulta obstétrica, caracterizando um atendimento no nível de Prevenção Secundária de Doença.

- "Estou sentindo muita queimação, eu não agüento de tanta queimação, o nenê mexe muito, muito, à noite, chega até a incomodar".
- "Eu não consigo me alimentar muito bem, peguei nojo de alho, não suporto sentir o cheiro".
- "Mudança de temperamento, mais nervoso, não inchei, e o nenê começou a mexer, dava para ver a barriga pulando".
- "Sentia calor, comia muito; no mês passado engordei sete quilos, agora como normal, engordei dois".

Observamos que a sintomatologia de 40% das gestantes no segundo trimestre não corresponde a uma normalidade gestacional.

Desse percentual, 20% apresentaram sintomas gástricos acentuados, correspondentes aos sintomas normais do primeiro trimestre; 10% tiveram alteração de humor e 10%, aumento significativo de peso, dados esses que terão um controle médico de tratamento que permite resgatar o estado de normalidade adequada à situação gestacional.

3º Trimestre

- "Meu corpo encheu de bolinha, tipo espinha, deu bastante cansaço também, a gente anda um pouco e o coração fica bastante acelerado".
- "Senti dor nas costas, depois que parou a dor começou a sangrar o nariz, e o problema de pressão baixa, eu tenho mesmo".
- "Tenho dores na barriga e nas costas".
- "Às vezes dá uma dor forte, fui no hospital e falaram que o nenê tava virando, encaixando, disse que era normal, mais não estava na hora de nascer".
- "Me sinto bem, não tenho mais tontura, não tenho mais vontade".
- "Tenho labirintite, é horrível, dá tontura, você vomita, esforça o nenê, e começa a mexer muito, dói bastante".
- "Ansiedade, não vejo a hora do nenê nascer".
- "Estou tendo falta de ar, a pressão está boa".
- "Meu pé inchava bastante, porque eu ficava sentada, o médico disse que era normal, e sentia dor na barriga".
- "Senti inchaço, câimbra, pra dormir era difícil, tinha que dormir de lado, era bem desconfortável".

> "No último trimestre gestacional, a mulher, se volumosa e desajeitada, cansa-se com facilidade, tem dificuldades com os ajustes dos novos limites do seu corpo, a movimentação fetal toma-se intensa" (Ziegel, 1980, p.173).

> "Quando classificamos como patológico um sintoma, esquecemos que aquilo que o torna patológico é sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual. De tal modo que a análise fisiológica de funções separadas só sabe que está diante de fatos patológicos

> devido a uma informação clínica prévia, pois a clínica coloca-se em contato com indivíduos completos e não com seus órgãos e funções" (Canguilhem, 1995, p.65).

No terceiro trimestre gestacional a amostra, em estudo, assim como no primeiro e segundo trimestre, nos aponta sintomas gestacionais e, em alguns casos, existe um aumento da sintomatologia gestacional.

A análise do estudo, porém, é a de que, mesmo que a teoria nos aponte que exista uma sintomatologia característica gestacional e que seja considerada como normalidade, há necessidade de uma educação em saúde para orientações de conceitos, para uma ação de autocuidado somático e para a cura dos sintomas.

2. Quais as Ações de Autocuidado após a Educação em Saúde?

- "Nada, eu não estava fazendo nada, bebia muita água, para tirar um pouco da cuspideira, mas não fazia nada, porque eu não vim no médico, agora que eu vou pedir remédio, pra ver se melhora um pouco, mas remédio eu não estou tomando nenhum".
- "Tomava bastante líquido para os vômitos, porque a gente não pode tomar remédio, e em vez de comer muito, no jantar, ou no almoço, comia pouco mais de hora em hora, bastante fruta. Eu cansava e ele recomendou que eu andasse pouco, e mais devagar, para não dar aceleração. O médico falou para passar hidratante, e que depois que o bebê nascer essas bolinhas vão sumir, quando voltar a menstruação".
- "Tive enjôo, tomei remédio, foi o único jeito, melhorou".

unesp

- "Ontem eu senti dor nas costas, depois parou a dor nas costas e começou sangrar o nariz, e pressão baixa eu tenho mesmo, o médico falou pra comer um pouco mais de sal".
- "Tenho algumas dores na barriga, nas costas, o médico passou remédio, tem melhorado, o que está doendo é a costela, do lado, vou consultar hoje".
- "O médico passou sulfato ferroso, que é vitamina, falou pra comer frutas e verduras e não como alimentos pesados, gorduroso".
- "Muito enjôo e pressão baixa, fui no hospital, mandaram eu vim no posto, aí eu fiz o pré-natal, ele passou vitamina e hoje eu tô bem, e às vezes mandou colocar mais sal na comida e fazer repouso no começo da gravidez".
- "Só pressão baixa, fui no hospital, ele falou que eu tenho labirintite e estou fazendo tratamento".
- "Eu passava mal no começo da gravidez, vômito, nada parava no estômago, eu tomei remédio".
- "Pressão baixa não tem controle dela, é mais comer salgado, essas coisas assim, o enjôo também não tem muito o que fazer, às vezes tomo remédio, mais é normal da gravidez".
- "As náuseas foram desaparecendo com o tempo, conforme o mês de gravidez foi diminuindo, para o enjôo eu não precisei fazer nada, só que eu ainda sinto bastante enjôo".

O usuário dos serviços de saúde procura informações sobre seu estado de saúde, conforme Chammé (1997, p.167), para as quais deverá haver reciprocidade informativa por parte do Serviço de Saúde. Assim:

> "... prevendo a necessária conquista do espaço local amparada pela prática do Planejamento ascendente, está, na verdade, abandonando sua posição de monólogo, para

> colocar-se na da narrativa ao diálogo, onde seu principal interlocutor é o próprio usuário do serviço de saúde. Este, para tornar-se apto a fazê-lo, deverá passar pelo processo de identificação e reconhecimento enquanto sujeito dinâmico no cotidiano em que vive, ou seja, no seu "espaço local".

Essas ações de saúde, desenvolvidas pelas gestantes, apontam para uma educação em saúde com ações de autocuidado somático no nível de Prevenção Secundária de Doença, ou seja, de diagnóstico, tratamento e cura. Tais ações de autocuidado, no entanto, dependem do somatório da transmissão dos sintomas gestacionais trazidos do cotidiano e da consulta obstétrica.

A consulta obstétrica periódica faz parte do agendamento no programa de Pré-Natal, e a transmissão de informação para educação em saúde deve ser constatada na ação para o autocuidado, mediante melhora dos sintomas.

A análise do programa de Pré-Natal feita neste estudo é do conhecimento da justificativa de um atendimento ao Pré-Natal na Rede Básica de Atenção à Saúde do Município, com o objetivo de estabelecer referência e padronização de uma assistência para proteção, promoção e recuperação da saúde.

A gestação, neste trabalho, não é vista como uma situação patológica, por apresentar uma sintomatologia normal, tratável, visando à promoção da qualidade de vida da gestante e do seu bebê.

unesp

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise desenvolvida neste estudo, constata-se que o Programa de Pré-Natal estabelece uma assistência nos dois níveis de prevenção de doença, para proteção, promoção e recuperação da saúde. Na prevenção primária de doenças é feita a imunização e tratamento odontológico e, na prevenção secundária, a Educação em Saúde, desenvolvida através da consulta obstétrica, visando ao tratamento e à cura de sintomatologia gestacional.

O presente estudo teve como objetivo a análise das ações de autocuidado somático após o processo de Educação em Saúde no período gestacional, realizadas durante a consulta médica para tratamento e cura dos sintomas de uma normatividade biológica.

As gestantes traziam para a consulta obstétrica os sintomas gestacionais adquiridos/transmitidos como conceitos cotidianos, revelados nas respostas à primeira pergunta.

A assistência se classifica na Prevenção Secundária, com informações para tratamento e cura, o que se constatou na amostra especificada nas respostas à segunda pergunta.

Sabendo-se que os sintomas característicos de cada trimestre gestacional não podem ser evitados, mediante a assistência educacional foi possível deduzir um adequado nível de qualidade de vida após a Educação em Saúde.

As entrevistas demonstraram que, após a Educação em Saúde, na consulta médica, as gestantes tiveram uma ação de autocuidado somático dirigida ao tratamento e à cura dos sintomas gestacionais. Como exemplo, temos as respostas à segunda pergunta, permitindo verificar ações educativas em um nível de prevenção secundária de doenças.

Os objetivos do trabalho se propõem, portanto, ao conhecimento das ações de autocuidado somático após uma Educação em Saúde, o que pôde, via de regra, ser constatado pelas entrevistas que demonstraram tratamento

e cura da sintomatologia do período gestacional, revelando que o "Programa de Pré-Natal" alcançou êxito previsto nas propostas descritas no objetivo. A assistência oferecida foi de uma Educação em Saúde eficiente para uma normatividade biológica.

Observamos, em algumas respostas, que a sintomatologia não recebeu tratamento adequado, por receber diagnóstico de "normal da gestação". Enfatizamos que a análise do trabalho se propõe justamente ao tratamento da normalidade, quando apresentado um sintoma.

É possível perceber, em algumas respostas correspondentes à segunda pergunta, que as gestantes que iniciaram o programa tardiamente e não participaram da consulta obstétrica tiveram ações de autocuidado somático inadequadas para o tratamento da sintomatologia apresentada.

O Programa de Pré-Natal tendo como objetivo uma padronização de cuidados para a unidade mãe-bebê no período gestacional e puerperal permitiu neste trabalho o conhecimento da educação em saúde no tratamento da sintomatologia gestacional, de acordo com a realidade cotidiana do período em estudo.

Assim, considerando, uma vez mais, os propósitos contidos como objetivos a serem alcançados pelo "Programa de Pré-Natal" adotado na Unidade Básica de Saúde enfocada, pudemos constatar sua eficácia enquanto uma proposta metodológica de ações que implicam na distinção das condições de normalidade típicas do estado gestacional, bem como das características de binômio saúde/doença. A rotina adotada pelo processo de agendamento, consulta médica, comunicação, informações sobre saúde, cuidados necessários, mudanças de hábitos, adoção de medidas visando cuidados e, muitas vezes, implicando em aquisição de costumes distintos das anteriormente providenciadas pelas gestantes, vieram, igualmente, contribuir para mudanças nas ações destas gestantes, revelando o grau de autocuidado no período gestacional que se caracterizou como tema básico da presente pesquisa.

unesp

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CHAMMÉ, S.J. **Da doença à saúde: educação e soluções**. Marília: UNESP, 1988.

_____. **Saúde e organização social**. Marília: UNESP, 1988.

_____. **Saúde: Um processo em constante construção**. Marília: UNESP, 1997. (Tese Livre-Docência).

COLLARES & MOYSES. **Educação ou saúde? Educação X saúde? Educação e saúde!** Caderno do CEDES, 15. São Paulo: Cortez, 1985.

COSTA. **Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana.** Caderno do CEDES, 4. São Paulo: Cortez, 1984.

DUARTE, N. **A individualidade para si**. Campinas: Autores Associados, 1993.

GEERTZ, C. **A interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GIORDANO JÚNIOR, S. **Revista ABP-APAL**, v.10, nº 3, p.91-94, 1988.

LANGE, I. ***Proceso de cambio de conducta***. *Rev. Educación para el autocuidado en salud, v. V. Escuela de Enfermería*, PUC Chile, 1987.

MELLO, A.M. de. **Psicossomática e pediatria: novas possibilidades de relacionamentos, pediatria-paciente-família**. Marília: Universidade de Marília, 1993.

NEVES, P.E. **Reflexões acerca dos conceitos de auto-cuidado e competência/poder para o auto-cuidado**. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 21(3); 235-241, dez. 1987

MORAES, I.H.S. de. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. SP/RJ: HUCTEC/ABRASCO, 1994.

PILLON. **Saúde, educação e projeto de vida**. Brasília: 1988 (mimeografado)

ROUQUAYROL; M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

SOUZA Y MACHORRO, M. ***La atención primaria y la educación para la salud mental.*** *Salud Mental*, v.7, n. 3, out. 1984.

VIGOTSKY, L.S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

ZIEGEL, E.E. **Enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

8. ANEXOS

ANEXO I

PROGRAMA DE PRÉ-NATAL – REDE BÁSICA DE ATENÇÃO À SAÚDE Prefeitura Municipal de Marília/SP

Secretaria Municipal de Higiene e Saúde

Elaborado pelo Grupo Técnico da Saúde da Mulher

MARÍLIA

1999

I – ANÁLISE DE SITUAÇÃO

Quando se analisa a Mortalidade Infantil no município, no período de 1990 ao 1º semestre de 1998, o que observa é um coeficiente de Mortalidade Neo-Natal que predomina em relação ao outro componente, o da mortalidade infantil tardia, em níveis que vêm se mantendo no decorrer do período, mostrando que a intervenção não vem sendo eficaz para alterar esta tendência (tabela 1).

ANO	Coeficiente/1.000NV	Coeficiente de Mortalidade Neo-Natal
1990		19,77
1991		21,32
1992		10,60
1993		16,35
1994		16,19
1995		20,91
1996		15,81
1997		14,82
1º Semestre/1998		**16,89**

Fonte: Núcleo de Informações – DIR XIV

As causas destas mortes no ano de 1997 (44 óbitos) e no 1º semestre de 1998 (28 óbitos), podem ser visualizadas no quadro 1.

No sistema de Informação de Mortalidade, as causas do Grupo I são consideradas reduzíveis por adequado controle da gravidez, as do Grupo II por adequada Atenção ao Parto, as do Grupo III são reduzíveis por diagnóstico e tratamento precoce, as do Grupo IV parcialmente reduzíveis por diagnóstico e tratamento precoce e as do grupo V não evitáveis.

Assim, um Programa de Pré-Natal bem conduzido, pode reduzir em até 50% a mortalidade infantil em seu componente neo-natal.

Dentre as causas do Grupo I, a duração curta da gestação e baixo peso ao nascer, que pode estar relacionada a interrupção precoce da

gravidez, com cesáreas de indicação questionável, responde por 16,7% dos óbitos neo-natal.

CAUSAS	NÚMERO	%
Grupo I		
• Afecções maternas que afetam o RN	1	1,4
• Duração curta da gestação e baixo peso ao nascer	12	16,7
• Síndrome da angústia respiratória	25	34,7
Total	**38**	**52,8**
Grupo II		
• Complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas que afetam o RN	1	1,4
• Traumatismo ocorrido durante o nascimento	1	1,4
• Hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascer	4	5,5
Total	**6**	**8,3**
Grupo III		
• Outras afecções respiratórias do RN	15	20,8
• Infecções específicas do período perinatal	2	2,8
• Distúrbios endócrinos e metabólicos específicos do RN	1	1,4
Total	**18**	**25,0**
Grupo IV		
• Anormalias congênitas não específicas no grupo de causas evitáveis	4	5,5
Total	4	5,5
Grupo V		
• Síndrome da morte súbita na infância	1	1,4
• Anencefalia e anormalias símilares	2	2,8
• Outras afecções do Sistema Nervoso	2	2,8
• Outras anormalias congênitas	1	1,4
Total	**6**	**8,4**
Total Geral	**72**	

Fonte: DIR-XIV

O município apresentou no 1º semestre de 1998, taxa de cesárea de 51% considerado os três serviços que contam com maternidade (Hospital São Francisco, Gota de Leite e HCM). Taxa elevada, quando consideramos as encontradas para países desenvolvidos.

A mortalidade materna em 1991 (nº de óbitos maternos/nascidos vivos), foi de 31,56, em 1994 – 124,88, em 1997 – 67,36 e no 1º semestre

de 1998 – 60,31. Com a tecnologia disponível é inaceitável a ocorrência de óbitos maternos e deve ser considerada um evento sentinela na Avaliação da qualidade da Atenção à Gestante em seu pré-natal e parto.

Tendo em vista esta breve análise, faz-se necessário uma restruturação das ações desenvolvidas pelos Serviços de Saúde à Gestante em seu Pré-Natal e na assistência ao Parto.

Com relação à Rede Básica de Atenção à Saúde, o que se propõe é uma padronização do pré-natal para as gestantes atendidas nas UBSs e PSF do município.

II – JUSTIFICATIVA

A presente proposta de atendimento ao Pré-Natal na Rede Básica de Atenção à Saúde do Município, tem o objetivo de estabelecer referência e padronização para assistência ao pré-natal de baixo risco, ou seja, para gestantes sem intercorrências graves e sem antecedentes clínicos, obstétricos, sociais ou emocionais que aumentem a possibilidade de mãe e concepto adoecerem, morrerem ou sofrerem seqüelas antes e logo depois do parto.

É uma padronização de cuidados mínimos que devem ser oferecidos para que a gestação chegue a bom termo, com mãe e bebê saudáveis, parte da estratégia de construção de uma Cidade Saudável. Estas ações de saúde, na prática, devem se traduzir numa abordagem integral da gestante, de tal forma que todo e qualquer contato que a usuária estabeleça com os serviços de saúde reverta em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

Para tanto, é fundamental que a equipe de saúde e cada profissional de saúde em particular, possa olhar a gestante como pessoa e a gravidez como uma fase feliz da vida.

unesp

III – OBJETIVOS

São objetivos esperados com a padronização do Pré-Natal, parte integrante do Programa de Saúde da Mulher de Marília:

1. Melhorar a qualidade da assistência ao Pré-Natal:
   - Meta: Inscrever 60% das gestantes até o 3º mês de gravidez;
   - Meta: Alcançar concentração de 6 consultas médica/gestante inscrita;
   - Meta: Alcançar 70% de cobertura;
   - Meta: Manter 80% das gestantes inscritas no Grupo de Gestantes;
   - Meta: Garantir a 100% das gestantes inscritas, o atendimento odontológico;
   - Meta: Imunizar contra o tétano 100% das gestantes inscritas.
2. Controlar o coeficiente de Mortalidade Materna:
   - Meta: Reduzir em 50% a mortalidade materna.
3. Controlar e diminuir o componente Neonatal do Coeficiente de Mortalidade Infantil:
   - Meta: diminuir o CMI de Marília para menos de 12/1.000 nascidos vivos até o ano 2.000.
4. Controlar e diminuir o Coeficiente de Natimortalidade
5. Estimular o aleitamento materno exclusivo:
   - Meta: Manter 90% dos bebês, cujas mães realizaram pré-natal nas UBS, em aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida.
6. Ampliar a incidência de partos normais nas gestantes inscritas no Programa:
   - Meta: Alcançar taxa de cesárea de 35% no grupo de gestantes inscritas no programa, no 1º de implantação.

IV – RECEPÇÃO E ACOLHIMENTO

A vinculação e captação precoce da gestante para o seguimento pré-natal é fundamental para o sucesso do acompanhamento, pois possibilita o controle e/ou resolução dos estados mórbidos ou condições de risco porventura existentes, a melhor avaliação do desenvolvimento fetal, assim como assegura ações educativas de maior abrangência.

Para isso é importante que a gestante seja bem acolhida na Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua casa, desde o primeiro atendimento, para o diagnóstico da gestação.

- Meta: Nenhuma gestante deve deixar a UBS sem atendimento ou agendamento. Os profissionais devem encarar como responsabilidade de todos a garantia de que as gestantes serão bem acolhidas. A gestante deve Ter prioridade na Unidade.

Profissional responsável pelo 1º atendimento: auxiliar de enfermagem treinado na área. Isso não significa que os demais trabalhadores de saúde fiquem desobrigados de prestar informações e orientações de forma adequada, segura e afetuosa.

1º Atendimento: tem como finalidade o diagnóstico da gestação.

Profissional Responsável: Médico (GO ou clínico geral) se houver queixas e enfermeira ou auxiliar de enfermagem treinada, se não houver queixas.

- 2 a 10 semanas de atraso menstrual: realizar T.I.G. na própria UBS:
  - Se o resultado for positivo – solicitar os exames de rotina e agendar a 1ª consulta com o médico responsável pelo Pré-Natal na Unidade ou com a enfermeira;

- Se o resultado for negativo – realizar novo exame após 1 semana ou agendar consulta para o GO caso o atraso menstrual permaneça sem diagnóstico de gestação.

- 10 semanas ou mais de atraso menstrual: avaliação clínica pelo GO ou enfermeira, se não houver queixas.

☞ **Obs:** Não fazer TIG em pacientes com menos de 2 semanas de atraso menstrual.

V – INSCRIÇÃO NO PROGRAMA DE PRÉ-NATAL

Confirmado o diagnóstico de gestação, a paciente é inscrita no Programa de Pré-Natal da UBS/PSF, que compreende as seguintes ações:

- Consultas médicas e de enfermagem;
- Realização de exames complementares;
- Atendimento odontológico;
- Avaliação da situação vacinal;
- Participação em grupos de gestantes;
- Consultas de puerpério.

☞ No ato da inscrição deverá ser agendado a consulta médica, o atendimento odontológico, grupo de gestantes e encaminhamento à sala de vacina.

VI – EXAMES DE ROTINA

Serão realizados exames de rotina no 1º e 3º trimestre:

- 1º trimestre: com o diagnóstico de gestação, será solicitado os seguintes exames:
  - Urina tipo I;
  - Proto-parasitológico;
  - Hb, Ht;
  - Grupo sangüíneo e Rh;
  - Glicemia de jejum;
  - VDRL;
  - Anti-HIV;
  - Sorologia para toxoplasmose e se houver história epidemiológica que justifique, solicitar também sorologia para rubéola.
- 3º trimestre: (entre 28ª e a 32ª semana preferencialmente):
  - Urina tipo I;
  - VDRL.

☞ Será garantido uma ultra-sonografia por gestação, que deverá ser solicitada em torno de 20 semanas de gestação.

VII – CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Objetivo: Avaliação clínica geral e avaliação obstétrica

Periodicidade:

- Mensal até a 36ª semana;
- Quinzenal até a 38ª semana;
- Semanal até a 40ª semana;

- A partir da 40ª semana de gestação, encaminhar para a Maternidade para avaliação.

A 1ª consulta sempre será realizada pelo GO e após, alternadas com profissional enfermeira.

Na 1ª consulta independente da idade gestacional será realizada coleta dupla (ectocervix e fundo de saco) de Papanicolaou. A gestante receberá sua Carteira de Pré-Natal padronizada e devidamente preenchida, com o nome e carimbo do médico que será responsável pelo acompanhamento da gestante.

VIII – CONTROLE DE FALTAS E BUSCA ATIVA

Para o sucesso do pré-natal é imprescindível que a gestante não falte às consultas. O controle de faltas é, portanto, de grande importância para a detecção das gestantes que não aderiram ao programa. A busca ativa poderá ser feita através do envio de aerograma, contato telefônico ou visita domiciliar a ser realizada pelo agente de saúde, agente comunitário ou profissional de enfermagem.

- Visita domiciliar – tem como objetivo apurar o motivo da ausência da gestante e é também oportunidade importante para se observar as condições de vida e fazer orientações pertinentes. As indicações são as seguintes:
  - Em caso de falta, fazer contato telefônico ou mandar aerograma lembrando a data da próxima consulta;
  - Em caso de duas faltas consecutivas fazer visita domiciliar;

- Se for gestante de risco segundo critérios estabelecidos em protocolo pelo Grupo Técnico da Saúde da Mulher ou tiver idade gestacional acima de 34 semanas fazer visita domiciliar.

IX – PUERPÉRIO

Objetivos:

1. Revisão do parto, tratamento de alterações não resolvidas durante a gestação e de seqüelas de parto;
2. Diagnóstico e tratamento de complicações do puerpério;
3. Incentivo e apoio ao aleitamento materno, resolvendo dúvidas e mitos da cliente e tratando as alterações surgidas durante a amamentação;
4. Orientações e apoio à anticoncepção, considerando a grande mobilização das mulheres nesta fase e os problemas específicos decorrentes da amamentação. As puérperas deverão Ter pelo menos duas consultas com a equipe de saúde.

- 1ª Consulta – deve ser realizada na primeira semana após o parto e poderá ser feita por médico ou enfermeira, com os seguintes objetivos:
  - Verificar as condições gerais das puérperas: pressão arterial, pulso, temperatura, coloração das mucosas;
  - Verificar a medicação que a puérpera estiver recebendo e orientar quanto à mesma;
  - Retirar pontos em caso de parto cesárea. Se houver deiscência de parede, notificar o hospital que fez o parto para controle de infecção hospitalar;
  - Verificar as condições obstétricas da puérpera: loquiação, regressão uterina, condições da episiorrafia ou da cicatriz da cesárea e mamas;

- Orientar a puérpera quanto à amamentação, resolvendo pequenos problemas e dúvidas;
- Orientar a anticoncepção e atividade sexual;
- Encaminhar para grupo de aleitamento materno da UBS/PSF;
- Os dados desta primeira consulta deverão ser anotados na carteira da gestante, no espaço apropriado.

- 2ª Consulta – deverá ser realizada até o 40º dia e ser realizada pelo médico, com os seguintes objetivos:
  - Verificar as condições clínicas da paciente, principalmente no que se refere a moléstias preexistentes;
  - Verificar as condições obstétricas: involução uterina, cicatrização da incisão, condições das mamas;
  - Verificar as condições ginecológicas: períneo, conteúdo vaginal, colo uterino, pesquisa de tumor de genitais internos e de mamas. Verificar a data da última colpocitologia;
  - Insistir novamente no aleitamento materno exclusivo;
  - Orientar quanto à anticoncepção e proceder as medidas cabíveis.

X – ORIENTAÇÕES GERAIS

Toda a equipe das Unidades deve estar capacitada para fornecer as seguintes orientações:

- Procurar as maternidades de Marília em caso de alguma urgência obstétrica ou na hora do parto, levando sempre em mãos a Carteira da Gestante;
- Retornar à UBS/PSF para consulta da "revisão do parto" na semana seguinte ao parto;
- Informar sobre a situação clínica e obstétrica da gestante a cada consulta, assim como orientar sobre autocuidados. Dessa forma a

gestante tem condições de participar ativamente de sua gestação, cuidando para que chegue a termo com boas condições de saúde;

- Caso haja solicitação de realização de TIG para obtenção de atestado para ingresso em emprego, informar que a solicitação é ilegal e comunicar ao Grupo Técnico de Saúde da Mulher;
- Orientar a gestante para que traga sempre consigo, a Carteira da Gestante;
- Os profissionais das UBS/PSF encarregados (e treinados) para fazer o TIG deverão observar o padrão do teste nas instruções do fabricante, pois pode haver leitura diferente e resultado oposto.

ANEXO 1 – VACINAÇÃO DA GESTANTE

Gestantes Não Vacinadas

O esquema na gestação compreende duas doses de vacina dupla tipo adulto ou, na falta desta, da vacina contra o tétano, com intervalo de dois meses (mínimo de um mês). A primeira dose deve ser administrada o mais precocemente possível na gestação; a segunda, até 20 dias antes do parto.

- **Nota** – não foram relatados efeitos adversos para o feto em decorrência da aplicação dos toxóides diftérico e tetânico em qualquer fase da gestação. Entretanto, por motivos operacionais e estratégicos – entre os quais evitar que um eventual abortamento venha a ser indevidamente atribuído à vacina – a imunização da grávida pode ser efetuada a partir do segundo trimestre da gestação, desde que a avaliação do serviço de saúde indique que o início da vacinação apenas nesse momento não impedirá que duas doses da vacina sejam aplicadas antes do parto.

Para a adequada proteção da mãe e prevenção do tétano neo-natal em gestação futura, é importante a aplicação de uma terceira dose, que deve ocorrer seis meses após a segunda dose.

Gestantes Vacinadas

A gestante que previamente recebeu uma ou duas doses de vacinação contra o tétano (como DPT, DT, dT ou TT), deve-se administrar duas ou uma dose de vacina dT ou, na falta desta, da TT, a fim de completar três doses.

- **Nota** – quando a gestante já estiver vacinada com três doses, aplicar somente uma dose de reforço a cada 5 anos.
  - **Obs:** outras vacinas que os adultos devem receber como a tríplica viral (sarampo, caxumba, rubéola) e febre amarela, são adiadas para após o parto (término da gestação).

ANEXO 2 – PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

- Anticolinérgicos:
  - Cloridrato de piperidolato 100mg.
- Anti-anêmicos:
  - Acido fólico;
  - Sulfato ferroso 300mg.
- Anti-bacterianos:
  - Ampicilina 500mg;
  - Cefalexina 500mg;
  - Nitrofurantoína 100mg;
- Anti-eméticos:
  - Dramim B6;

- Metoclorpramina 10mg;
- Bromoprida injetável 10mg;

- Antiespasmódicos:
  - Hioscina 10mg;
  - Hioscina injetável 20mg;
- Medicamentos obstétricos:
  - Maleato de metilergometrina 0,125mg.

Obs:

1. Os demais são medicamento padronizados em outros programas;
2. A espiramicina será garantida a medida que se identifique os casos, através da solicitação de medicamento não padronizado.

ANEXO 3 – GRUPO DE GESTANTE

Justificativa

A modalidade materno-infantil por si só justificaria a implantação desta atividade, mas além de interferir decisivamente na queda dos coeficientes de mortalidade materno-infantil, o **Grupo de Gestante** deverá incorporar o Acolhimento, a Educação e a Humanização, propiciando um novo espaço de diálogo, associando questões culturais, experiências individuais e sobretudo uma nova forma de relacionamento entre a usuária e os profissionais de saúde.

Objetivos

- Reflexões com as gestantes sobre as mudanças em seu corpo e seus sentimentos durante o processo de gravidez, parto e puerpério, visando um maior conhecimento e autocuidado;

- Orientação nutricional da gestante e do bebê;
- Estimulação precoce do aleitamento materno;
- Divulgação e esclarecimento sobre as legislações que protegem a mãe trabalhadora, principalmente no que se refere ao período de licença maternidade e amamentação;
- Orientações básicas sobre os primeiros cuidados com o bebê;
- Orientações quanto ao uso de fumo, álcool e outras drogas na gestação, puerpério e amamentação;
- Divulgação, informação e orientação sobre os métodos contraceptivos e as DST/AIDS.

Metas e Operacionalização

Propiciar a formação de grupos intercalados com o agendamento das consultas de pré-natal. Os grupos podem ser realizados em salas de espera, aproveitando o atendimento do dia antes da consulta ou com agendamento prévio, na dependência da realidade de cada Unidade de Saúde.

Metas:

- Participação mensal das gestantes, com 60 minutos para cada grupo;
- Realização de 7 reuniões, sendo 6 reuniões no período pré-natal e 1 reunião no período de puerpério;
- Agendar no máximo 15 gestantes por grupo.

Propostas de Temas e Técnicas

1. Mudanças no Corpo e na Vida:
   - Visualização do corpo através de figuras, desenhos, massas de modelar e outros objetos representando o corpo da mulher, abordando os seguintes temas:

cm 1 2 3 4 5 6 7 unesp 11 12 13 14 15 16 17 18

- Anatomia e fisiologia do Aparelho Reprodutor Feminino, DST/AIDS, uso de fumo, álcool e outras drogas, maternidade, os direitos das gestantes e da mãe e sexualidade;
- Ressaltar a importância do Pré-Natal. O que é e quem realiza os atendimentos.

2. Aleitamento Materno:
   - Anatomia e fisiologia das mamas, exercícios para preparação e profusão dos mamilos, técnicas de amamentação, alimentação durante a amamentação, conservação e armazenamento do leite materno. Conscientizar as gestantes das vantagens do aleitamento materno e das dificuldades para enfrentar este período.
3. O Parto:
   - Visita à maternidade, visando a abordagem de questões como: medos, fantasias e realidades, sinais de parto, rotinas hospitalares, relação hospital/serviço ambulatorial, parto normal e cesárea.
4. Cuidados com o Bebê:
   - Através de demonstrações práticas, cartazes e desenhos, apresentar às mães, os cuidados com o bebê nos primeiros dias de vida, documentações, higiene (banhos, curativos, etc), o choro do bebê e seus significados, a primeira consulta com o pediatra, as imunizações, o acompanhamento mensal no 1º ano de vida, as doenças mais comuns e alimentação nos primeiros meses.
5. Puerpério:
   - Alterações fisiológicas e patológicas;
   - Métodos contraceptivos.

Cronograma Mensal de Atividades no Grupo

- 1ª Reunião:
  - Dinâmica para a apresentação de todas as pessoas envolvidas;
  - Exposição ao grupo dos objetivos da atividade;

- Levantamento das expectativas em relação aos assuntos que as mães gostariam que fossem abordados nas reuniões;
- Exposição dos temas do Programa que serão apresentados pela equipe técnica.

- 2ª Reunião:
  - Apresentação dos assuntos sugeridos pelas gestantes com reflexão e encaminhamentos de dúvidas;
  - Exposição pela equipe sobre o 1º Tema "Mudanças no Corpo e na Vida".
- 3ª Reunião:
  - 2º Tema "Aleitamento Materno".
- 4ª Reunião:
  - 3º Tema "O Parto" – programação de visita à maternidade.
- 5ª Reunião:
  - 4º Tema "Cuidados com o Bebê".
- 6ª Reunião:
  - 5º Tema "Reflexão e orientação sobre o puerpério".
- 7ª Reunião:
  - Planejamento familiar.

Recursos Humanos

A equipe multidisciplinar envolvida poderá ser composta de acordo com os temas abordados:

- 1ª Reunião – 1 enfermeiro, 1 assistente social e 1 auxiliar de enfermagem;
- 2ª Reunião – 1 GO, 1 enfermeiro e 1 auxiliar de enfermagem;
- 3ª Reunião – 1 pediatra, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 1 dentista;

- 4ª Reunião – 1 assistente social, 1 enfermeiro do Centro Obstétrico da Maternidade escolhida;
- 5ª Reunião – 1 pediatra, 1 enfermeiro e 1 auxiliar de enfermagem;
- 6ª Reunião – 1 GO e 1 enfermeiro;
- 7ª Reunião – 1 GO, 1 enfermeiro e 1 auxiliar de enfermagem.

- **Nota –** A equipe relacionada é uma proposta e está vinculada ao tema a ser desenvolvido. Poderá ser constituída de acordo com a realidade de cada Unidade.

Recursos Materiais

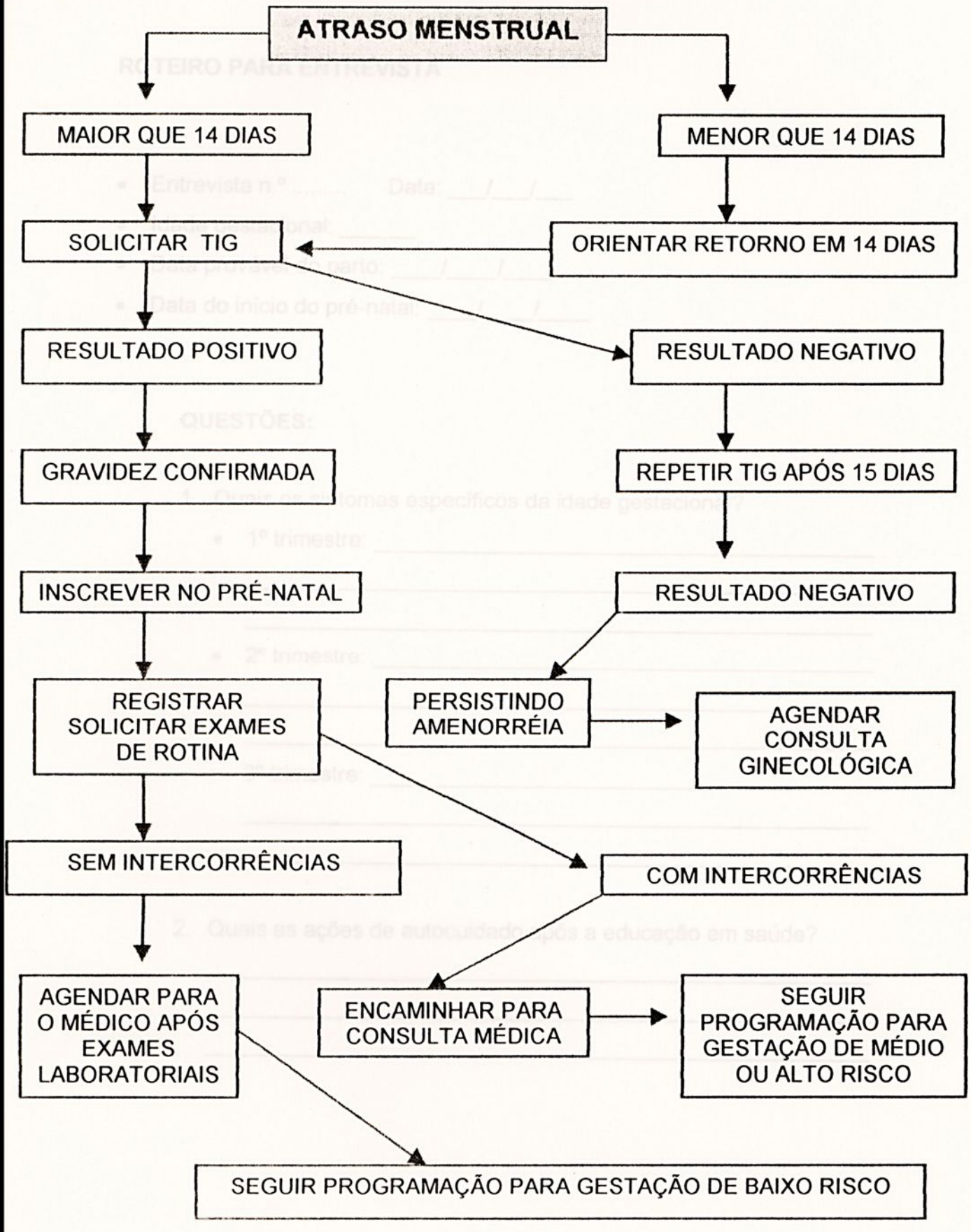
Além dos adquiridos previamente ao início da implementação do programa, cada UBS/PSF poderá solicitar ao Grupo Técnico da Saúde da Mulher o material necessário para o desenvolvimento das atividades.

Avaliação

As atividades de avaliação, serão realizadas em grupo, visando a contribuição na reorientação do programa.

- Avaliação da equipe multidisciplinar, que estará participando da implantação do programa nas UBS/PSF, em reuniões mensais sobre a adequação do projeto aos objetivos e metas estabelecidas inicialmente, refletindo e buscando mudanças se necessário;
- Avaliação com as gestantes ao final de cada reunião, destacando o número de participantes, as expectativas e os interesses pelos temas e questões abordadas e o envolvimento de cada um no processo.

ANEXO 4 – FLUXO DE ATENDIMENTO AO PRÉ-NATAL



ANEXO II

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

- Entrevista n.º ..... Data: ___/___/___
- Idade gestacional: _____
- Data provável do parto: ____/____/____
- Data do início do pré-natal: ____/____/____

QUESTÕES:

1. Quais os sintomas específicos da idade gestacional?
   - 1º trimestre: _____
     _____
     _____
   - 2º trimestre: _____
     _____
     _____
   - 3º trimestre: _____
     _____
     _____

2. Quais as ações de autocuidado após a educação em saúde?
   _____
   _____
   _____

cm 1 2 3 4 5 6 7 unesp 11 12 13 14 15 16 17 18


cm 1 2 3 4 5 6 7 8 unesp 12 13 14 15 16 17 18 19