

**Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FRANCISCO AMÉRICO MICUSSI

**CUIDANDO DO NINHO DA CEGONHA: IMPLANTAÇÃO DA CADERNETA DA
GESTANTE EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Natal / RN
2014**

FRANCISCO AMÉRICO MICUSSI

**CUIDANDO DO NINHO DA CEGONHA: IMPLANTAÇÃO DA CADERNETA DA
GESTANTE EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca examinadora junto ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (MPSF/UFRN) e Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Professora Orientadora: Dra. Elizabethe Cristina Fagundes de Souza

**Natal / RN
2014**

Catálogo da Publicação na Fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Micussi, Francisco Américo.

Cuidando do ninho da cegonha: implantação da caderneta da gestante em unidade de saúde da família / Francisco Américo Micussi. - Natal, 2015.

46f. il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabethe Cristina Fagundes de Souza.

Dissertação (Mestrado) - Mestrado Profissional em Saúde da Família. Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Ciclo gravídico-puerperal - Dissertação. 2. Gravidez - Dissertação. 3. Pré-natal - Humanização - Dissertação. 4. Projeto de intervenção - Dissertação. I. Souza, Elizabethe Cristina Fagundes de. II. Título.

RN/UF/BSA01

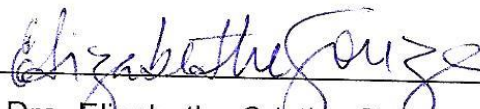
CDU 618.2

Francisco Américo Micussi

**CUIDANDO DO NINHO DA CEGONHA: IMPLANTAÇÃO DA CADERNETA DA
GESTANTE EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

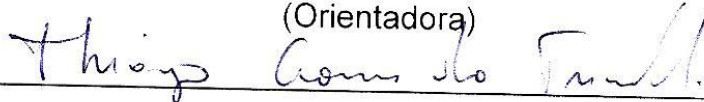
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dra. Elizabeth Cristina Fagundes de Souza – UFRN

(Orientadora)



Prof^o. Dr. Thiago Gomes da Trindade – UFRN

(Membro Interno)



Prof^o. Dr. Ricardo Ney Oliveira Cobucci – UnP

(Membro Externo à Instituição)

Natal, 19 de setembro de 2014.

Cegonhas

*Olá cegonha gosto de ti!
Há quanto tempo, te não via por aí!
Nem teus ninhos nos telhados,
Nem as asas pelo céu!
Olá cegonha! Que aconteceu?
Ainda me lembro de ouvir-te dizer,
Que tu de longe os bebes vinhas trazer!
Mas os homens vão crescendo,
E as cegonhas a morrer!
Ainda me lembro... não pode ser!
Adeus cegonha, tu vais voar!
E a gente sonha...é bom sonhar!
No teu destino, por nos traçado!
Leva o menino, que é pequenino, toma cuidado!
Adeus cegonha, adeus lembranças...
A gente sonha, como crianças!
Faz outro ninho, no som dos céus!
Vai de mansinho, mas pelo caminho, diz-nos adeus!
Adeus cegonha, tu vais voar!
E a gente sonha... é bom sonhar!
No teu destino, por nós traçado...
Leva o menino que é pequenino, toma cuidado!
Leva o menino... mas tem cuidado!*

(Carlos Paião)

AGRADECIMENTOS

Fazendo valer o Primeiro Mandamento: “Amar a Deus sobre todas as coisas”. Dispensa-se agradecimentos.

À minha orientadora, de forma muito especial por “não ter desistido de mim”, por ter exercitado a paciência em plenitude e ter acreditado no sucesso da intervenção.

À Georgina Sibelle, Coordenadora do Programa, em seu nome saúdo e agradeço os ensinamentos e o aprendizado adquirido através de todos os docentes do NESC/RENASF.

À minha Cegonha Mãe que após cumprir sua missão aqui na Terra voou aos céus, onde decerto repousa nos braços do Pai. Herdei sua generosidade, caridade e fé.

Ao meu pai que ainda vive em minha memória: deixou-me como influência a humildade e o humor.

Aos meus irmãos e sobrinhos, pela convivência pacífica e amigável ao longo da nossa história.

O meu reconhecimento, à minha gratidão e à minha confissão de ter em mim o AMOR MAIOR do Mundo. De ter ao meu lado a companheira de todas as companheiras: à cegonha de todas às cegonhas: Acácia Marília Candido.

Um agradecimento pra lá de especial às amigas enfermeiras e Mestres Meine e Jussara, sem a colaboração das mesmas seria impossível à conclusão deste trabalho.

Agradecimento especial à Comunidade do Campo da Mangueira, que aprendi a respeitar e amar. Pelo carinho e pela cumplicidade do vínculo, estabelecido entre nós.

A todas as Equipes, do passado e do presente, que muito contribuíram para a minha formação e realização profissional. Sem o entendimento de saber

trabalhar em equipe e sem ter o apoio da equipe da Unidade Básica de Saúde da Família do Campo da Mangueira, seria estéril este trabalho.

Muito obrigado Oneide, Marinalva, Cidcley, Silene, Joice Leal, Flávia Rachel, Aline Louise e Carla Macedo.

Meu reconhecimento e minha gratidão a todas as gestantes da comunidade do Campo da Mangueira, motivação maior dessa nossa intervenção. E em especial a Silvânia, que mesmo na imensa dor pela perda do seu bebê com 01 (um) mês de vida, não perdeu a alegria e a esperança, dando a luz a uma nova criança.

A empolgação e a dedicação dos estagiários do Curso de Medicina da Disciplina Saúde Coletiva, Juliano, Augusto, Natália, Amanda, Lorena e Beatriz na elaboração e confecção da Caderneta da Gestante. Sem essa colaboração, seria impossível a conclusão desse trabalho.

Destaco o empenho e o esforço redobrado das três estagiárias: Amanda, Lorena e Beatriz que tanto se identificaram com a comunidade do Campo de Mangueira e, sobretudo, com a Equipe, responsáveis pela finalização da Caderneta da Gestante.

A Dona Ziza, sogra, mãe e avó de temperamento forte, mas com grande senso de justiça. Hoje, grande aliada na administração do nosso lar.

Aos familiares e amigos que já partiram, mas foram importantes na minha formação pessoal e da minha personalidade. Alguns serviram de exemplos. Para não correr o risco de esquecer alguém, vale a saudade e as lembranças que chegam ao meu pensamento.

Agradecimento particular e especial ao amigo Josenildo César, parceiro de todas as horas, enfatizando aqui sua habilidade e disposição em trabalhar a informática com arte e sensibilidade.

A Amanda Lopes de Medeiros que aceitou o desafio de traduzir pensamentos em imagens, dando traços, vida e cor a Caderneta da Gestante.

Não poderia deixar de agradecer aos funcionários do NESC, sempre tão amigáveis e acolhedores. A destacar Nogueirinha (Edvânia), que percebeu minhas carências e limitações, não medindo esforços para cobrar as tarefas e fazer minhas matrículas nos módulos do mestrado.

Ao jovem e amigo “É VITÃO” pela presteza e solidariedade, com destaque aos seus “cafés”, na tentativa de nos manter acesos.

Aos colegas e amigos do Mestrado Profissional que ao longo dessa jornada, na realização de uma narrativa, participação no JURI e muitas práticas exaustivas, PBL, fomos construindo vínculos, estabelecendo laços, com fusões de horizontes (quando não confusões, mesmo) que na perpendicular da vida, nos reencontraremos, nem que seja no infinito. Desde já, muitas saudades.

Aos amigos...

*Amizade
Nasce do nada,
Cresce no convívio,
Amadurece no conhecer-se
E eternizar-se
No amar-se...*

Pelo apoio e o incentivo permanente para que pudéssemos seguir em frente. Deixo de elencá-los, pois os verdadeiros amigos não se gravam em papel, tatua-se no coração (parafraseando Roberta Miranda).

As filhas e filho, não só o meu agradecimento, mas uma dedicatória. Deixo, a vocês como legado o prazer do trabalho; a teimosia; a não desistir dos sonhos; a alegria de fazer o outro feliz; o dormir toda a noite com a consciência tranquila, de que não fiz e nem desejei mal a ninguém; que toda remuneração foi feita do suor do meu trabalho; e acho natural dizer paciente X, tocou meu coração. Honestidade, ética, solidariedade, justiça e amor ao trabalho são heranças, não materiais que deverão servir de exemplo e motivação em seguir na vida.

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

Agradecimento pelo apoio e compreensão da Prefeitura Municipal de Macaíba, em especial à Secretaria Municipal de Saúde de Macaíba e toda sua equipe técnica. E nesse agradecimento não posso deixar de registrar a teimosia de Lisiana, Coordenadora da ESF, em me levar para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família do citado município.

Aos colegas médicos, enfermeiras e demais profissionais de saúde do município de Macaíba, que sempre foram solícitos e respeitosos para comigo, tanto pessoal como profissionalmente. Minha gratidão e amizade.

Ao Hospital Giselda Trigueiro, sua Direção, Equipes Técnicas da enfermaria da Pediatria e Hospital Dia.

Aos colegas médicos da disciplina PAAB IV da Universidade Potiguar.

Ao serviço de referência da atenção à mulher e à criança de risco Anita Garibaldi, pelo acolhimento, pelo carinho e respeito que fui e ainda sou tratado. Sinto falta de vocês;

Ao Dr. Reginaldo pela sua participação na banca de qualificação do meu Projeto de Intervenção, agradeço imensamente suas valiosas colaborações com o intuito de melhorar o Projeto.

RESUMO

A gestação é um período singular na vida da mulher, demandando atenção especial da família e dos profissionais de saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde adotou o Cartão da Gestante para acompanhamento do Pré-natal, o que não tem se mostrado instrumento capaz de contribuir para a melhoria da qualidade dessa assistência, considerando que os registros são falhos, dificultando a compreensão dos mesmos por parte das gestantes. O projeto de intervenção que resultou nesta dissertação teve por objetivo implantar uma Caderneta da Gestante visando o aprimoramento ao atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal. O local da intervenção foi a Unidade Saúde da Família do Campo da Mangueira, no município de Macaíba/RN, Brasil. A Caderneta foi adotada como ferramenta tecnológica da gestão do cuidado, de modo inclusivo e participativo, incluindo gestantes e equipe em todas as fases da implantação. Foram selecionadas e acompanhadas 09 (nove) gestantes, na faixa etária de 19 (dezenove) a 30 (trinta) anos, sendo a média de idade de 24 (vinte e quatro) anos e no período gestacional compreendido de 07 (sete) a 11 (onze) semanas durante abril a julho de 2014. No total foram realizadas 46 (quarenta e seis) consultas, dentre as quais 27 (vinte e sete) pelo médico, 19 (dezenove) pela enfermeira, além dos atendimentos realizados pelo dentista, imunização e visitas domiciliares. O registro do processo de implantação da caderneta constou de anotações em prontuários e relatórios dos momentos de encontros com gestantes e com equipe de saúde. Constatou-se que além de uma construção coletiva, humanizada e interdisciplinar houve a satisfação demonstrada pelas gestantes contribuindo dessa maneira para a adesão ao Pré-Natal - PN, maior estabelecimento de vínculos, melhora da autoestima das gestantes e melhoria na qualidade do PN. Considera-se que a implantação da Caderneta da Gestante na referida Unidade de Saúde contribuiu para mudanças nos modos de fazer a atenção materno-infantil na Estratégia de Saúde da Família e pode ser recomendada para implantação na rede municipal.

Palavras-chaves: Ciclo gravídico-puerperal. Humanização. Gestão do cuidado. Projeto de intervenção. Metodologia participativa.

ABSTRACT

Pregnancy is a unique period in a woman's life, demanding attention from family and health professionals. In Brazil, the Ministry of Health adopted the Pregnant Card to monitor the Prenatal, which has not proven means of contributing to improving the quality of that care, considering that the records are flawed, making the understanding of them more difficult for the pregnant women. The intervention project that resulted in this dissertation sought to deploy a Handbook of the Pregnant aimed at improving the treatment of women in pregnancy and childbirth. The intervention site was the Family Health Unit of the Campo da Mangueira, in the municipality of Macaíba/RN, Brazil. The Handbook was adopted as a technological tool of management of care, in an inclusive and participatory manner, including pregnant women and staff in all phases of the deployment. Were selected and monitored nine (09) patients, aged between nineteen (19) and thirty (30) years old, with an average age of 24 (twenty four) years and comprised the gestation period of seven (07) to eleven (11) weeks during the period April-July 2014. Altogether were made 46 (forty-six) queries, among which 27 (twenty-seven) by the doctor, nineteen (19) by the nurse in addition to the services performed by the dentist, immunization and home visits. The record of the deployment process of the book consisted of notes in medical records and reports of the moments of encounters with pregnant women and health care team. It was found that in addition to a collective, humanized and interdisciplinary construction, there was the satisfaction demonstrated by pregnant women, thus contributing to adherence to Prenatal - PN, higher establishment of links, improved self-esteem of pregnant women and improving the quality of PN. It is considered that the implementation of the Handbook in the mentioned Health Unit contributed to changes in ways of doing the maternal and childcare in the Family Health Strategy and can be recommended for deployment in the municipality of Macaíba.

Keywords: pregnancy-puerperal cycle. Humanization. Care management. Intervention project. Participatory methodology.

LISTA DE SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
CD	- Crescimento e Desenvolvimento
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
MS	- Ministério de Saúde
MPSF	- Mestrado Profissional Saúde da Família
ONU	- Organização das Nações Unidas
PN	- Pré-Natal
PNH	- Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PTS	- Projeto Terapêutico Singular
RMM	- Razão da Morte Materna
RENASF	- Rede Nordeste na Formação em Saúde da Família
SIM	- Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SBP	- Sociedade Brasileira de Pediatria
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRN	- Universidade Federal do Rio Grande do Norte
USF	- Unidade de Saúde da Família

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Capas das versões da caderneta da gestante

Versão 01

Versão 02

Versão 03

Versão 04

APÊNDICE B - A Caderneta da Gestante

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
1. OBJETIVOS	09
1.1. OBJETIVO GERAL	09
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	09
2. METODOLOGIA	10
2.1. NATUREZA DO PROJETO	10
2.2. O LUGAR E O CONTEXTO SOCIAL DA INTERVENÇÃO	13
2.3. QUANDO, COM QUEM E COMO SE DEU A INTERVENÇÃO	14
2.3.1. Fase Preparatória	15
2.3.2. Implicações do uso da Caderneta da Gestante na USF	18
2.3.3. Monitoramento do uso da Caderneta da Gestante na USF	19
3. A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DA CADERNETA DA GESTANTE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	20
3.1. TRAÇANDO CAMINHOS PARA CONSTRUÇÃO COLETIVA DA CADERNETA DA GESTANTE	20
3.2. O BRILHO DO CUIDADO SOBRE AS LUAS DE SÃO JORGE: A BOA ACOLHIDA DAS GESTANTES À CADERNETA	25
3.3. A CADERNETA DA GESTANTE COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DO CUIDADO NO TRABALHO EM SAÚDE	30
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS: IMPLICAÇÕES, LIÇÕES APRENDIDAS E DESAFIOS	37
5. REFERÊNCIAS	42
APÊNDICES	46

INTRODUÇÃO

As taxas de mortalidade materna e infantil ainda são indicadores que maculam as estatísticas nacionais no que se refere à atenção à saúde da mulher e da criança. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) mais de *500.000 mil mulheres morrem a cada ano no mundo, devido a causas relacionadas com gravidez, parto e aborto* (COSTA; CARBONE, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou oito princípios fundamentais na atenção perinatal, dentre eles podemos destacar que o cuidado na gestação e no parto normal deve ser feito por uma equipe multidisciplinar e multiprofissional respeitando a dignidade, privacidade e confidencialidade das mulheres.

Os dois objetivos “Melhorar a saúde das gestantes” e “Reduzir a Mortalidade Infantil” estão entre os Oito Objetivos do Milênio propostos em 2000 pela Organização das Nações Unidas (ONU). O Brasil, assim como os demais Estados-Membros da Assembleia Geral da ONU, assumiu o compromisso de empreender esforço em prol do alcance de tais objetivos até o ano de 2015 (BRASIL, 2008 a).

Estudos epidemiológicos apontam que o cuidado com a saúde e possíveis intervenções médicas nesses momentos específicos da vida humana podem reduzir o risco de complicações e óbitos dos recém-nascidos e das parturiente além da diminuição de fatores de risco de mortalidade como baixo peso ao nascer e a prematuridade (WEHBI, 2009).

No Brasil, as mortes maternas e neonatais são um problema social relevante. Segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do

Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), a razão da Morte Materna (RMM) em 2007 foi de 75 óbitos por 100.000 mil nascidos vivos (NV), e em 2012 constou de 63,9 por 100 mil NV (com correção), sendo 92% dos casos de mortalidade associados ao ciclo gravídico puerperal e abortos evitáveis. Não obstante, 52% da morte de crianças menores de um (01) ano ocorrem no período neonatal, relacionadas à gestação, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2006, 2013).

No entanto, para atingir a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), O Brasil deverá apresentar uma RMM igual ou superior a 35 (trinta e cinco) óbitos por 100 mil NV em 2015 (BRASIL, 2012).

Todavia, encontramos no Estado do Rio Grande do Norte uma razão da Morte Materna em torno de 44,97 por mil NV em 2013, porém, no presente ano não houve morte materna no município de Macaíba. Contudo, numa série histórica de 2000-2013 houveram 04(quatro) casos de morte materna em Macaíba (SIM, 2013).

No aspecto referente às políticas existentes neste setor, o Governo brasileiro estabeleceu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, em 1983, constituindo em suas linhas de ação e estratégias um modelo assistencial cujo contexto se inclui a integralidade e a equidade (BRASIL, 2006).

Posteriormente, em 2004, o Ministério da Saúde lançou para o fortalecimento dessa política à saúde da mulher, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas evitáveis, enfocando, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004)

Em seguida, no ano 2006, foi instituído o Pacto pela Vida no âmbito do Pacto pela Saúde, estabelecendo um conjunto de compromissos sanitários,

pactuados nas três esferas do governo a serem efetivados pelas redes regionalizadas do SUS, tendo como itens prioritários a redução da mortalidade materna e infantil, bem como o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006).

Com o intuito de impactar nesses indicadores negativos da mortalidade materno e infantil, o Ministério da Saúde (MS) vem monitorando a assistência materna e neonatal, sobretudo, nas regiões Norte e Nordeste, através de uma Rede de Apoiadores para fortalecer e organizar os serviços que prestam essa assistência, dando ênfase às diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS (PNH) e à implantação de práticas de atenção ao parto e nascimento. Neste sentido, define que:

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido (BRASIL, 2006, p.10).

Dessa forma, o Ministério da Saúde elaborou os 10 passos para o Pré-Natal de qualidade na atenção básica: 1º passo: iniciar o pré-natal na atenção primária até a 12ª semana de gestação; 2º passo: garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários ao PN; 3º passo: toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento PN; 4º passo; promover a escuta ativa da gestante e dos seus acompanhantes; 5º passo: garantir o transporte público gratuito da gestante ao atendimento PN quando necessário; 6º passo: é direito dos parceiros a ser cuidado (antes, durante e depois da gestação); 7º passo: garantir o acesso à

unidade de referência especializada; 8º passo: estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do Plano de Parto; 9º passo: toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz; 10º passo: as mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2012).

Recentemente, foi lançada a Rede Cegonha (conjunto de medidas coordenadas pelo Ministério da Saúde e executadas pelos Estados e Municípios), que consiste na articulação e estruturação de uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Seus princípios são: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e, a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados. (BRASIL, 2011)

A Rede Cegonha apresenta como objetivos o fomento à implantação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para que esta garanta acesso, acolhimento e resolubilidade; e a redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A proposta de organização da Rede Cegonha se dá a partir de 04 (quatro) componentes (Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde

da Criança e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação). Cada componente segue uma série de ações para serem executadas. (BRASIL, 2011).

Dessa forma, o Pré-natal (PN) é uma das ações mais importantes dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) uma vez que repercute diretamente na condição de vida da díade mãe/filho. É considerado um atendimento estratégico para redução dos indicadores referidos anteriormente. O Estado do RN, tem se destacado, sendo um dos estados com maior cobertura do país no que se refere a Estratégia de Saúde da Família (SUAS, 2013).

Nesse sentido, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é considerada a principal porta de entrada da gestante no sistema de saúde, acolhendo as suas necessidades e possibilitando um acompanhamento continuado e longitudinal.

Portanto, a equipe da atenção básica deve ser responsável pela organização das ações de saúde orientadas pela integralidade do cuidado em articulação com outros serviços de saúde.

Sendo assim, a integralidade na atenção básica compreende a integração dos diversos trabalhos dos profissionais das equipes; integrar a demanda espontânea e a demanda programada; integrar, ações de caráter individual e coletivo no que se refere a promoção, prevenção, e recuperação da saúde , como também ser um espaço de articulação social (BRASIL, 2012).

Destacamos a qualificação do pré-natal como objeto para a presente intervenção. Consideramos que, apesar do elenco de iniciativas propostas na Rede Cegonha, a adesão ao PN ainda é considerada baixa e a qualidade do mesmo também é questionada.

Com base nessas constatações evidenciadas a partir da experiência vivida na Estratégia Saúde da Família, esse problema ocupou a agenda da equipe

da USF Campo da Mangueira, no município de Macaíba, Rio Grande do Norte, Brasil. Nesse sentido, a necessidade de qualificar a assistência materno-infantil passou a fazer parte de algumas propostas sugeridas durante reuniões da equipe, buscando-se estratégias para efetivar melhorias na atenção à saúde da mulher e da criança nesses ciclos de vida.

O Cartão da Gestante foi criado no Brasil em 1988, tendo como objetivo registrar dados do PN para facilitar a comunicação entre os profissionais que realizam PN e o parto. O seu uso se popularizou nos serviços de saúde pública funcionando como mecanismo de comunicação entre os níveis de atenção (NETO, 2012). É um instrumento oficial do MS para acompanhamento do PN, no entanto, estudos mostram que não tem contribuído para a melhoria da qualidade dessa assistência, considerando que os registros são falhos, dificultando a compreensão dos mesmos por parte das gestantes (NETO, 2012, ANDREUCCI ET AL, 2011).

De acordo com Souza (2013) o cartão da gestante não são preenchidas de maneira completa o que implica em um retorno sem as devidas anotações que ajuda no andamento da assistência do PN e parto, considerando que o mesmo é um documento de suma importância para os profissionais de saúde e o seu não preenchimento torna o trabalho difícil nos dois momentos de assistência.

Em nossa prática na ESF observamos a falta de dados importantes do Pré-natal que deixam de ser anotados por falta de espaço adequado, como por exemplo, resultados detalhados de exames laboratoriais, ações ou atendimentos realizados pelo cirurgião dentista, e o estado psicológico da gestante: seus medos, angústias, desejos, anseios. Consideramos que tais informações contribuiriam para um olhar e uma escuta qualificada no atendimento à gestante.

O atual cartão não permite troca de informações mais detalhadas entre profissionais que realizam o Pré-Natal. Identifica-se que o registro insuficiente das informações contribui para dificuldades em se estabelecer vínculo entre gestante-família e unidade básica de saúde, tolhendo a relação de confiança e, conseqüentemente, influenciando na baixa adesão, não apenas quanto à presença às consultas, mas, principalmente, nas orientações pactuadas ou acordadas entre às partes para um desenvolvimento de um PN de qualidade.

Na condição de médico da referida equipe e ingressante no Mestrado Profissional Saúde da Família (MPSF/RENASF/UFRN), como discente, a proposta de implantação da Caderneta da Gestante naquela Unidade passou a fazer parte do projeto de intervenção que foi desenvolvido também como requisito parcial para minha titulação nesse mestrado. Tal iniciativa caracteriza a articulação ensino-serviço, numa perspectiva de educação permanente profissionalizante, em que o trabalho em saúde além de ser objeto de análise na formação graduada e pós-graduada, passa a ser também intervenção com produção tecnológica.

Nesse sentido, a presente intervenção teve o propósito implantar a Caderneta da Gestante na USF do Campo da Mangueira, no município de Macaíba/RN. A mesma foi executada por uma equipe multidisciplinar com ações interdisciplinares, o que consideramos de importância para um Pré-natal de qualidade.

Desejamos que o registro da experiência de implantação da Caderneta da Gestante na USF do Campo da Mangueira possa trazer contribuições para reprodução da iniciativa em outros serviços de saúde, como estratégia para qualificar a atenção à saúde da mulher e da criança, especialmente, quanto ao pré-natal, parto e puerpério.

Compreendemos que o pré-natal realizado com boa qualidade poderá repercutir, positivamente, no acompanhamento do bebê no Programa de Crescimento e Desenvolvimento (CD), com manutenção da adesão, aumento do tempo de aleitamento materno exclusivo, atualizações das vacinas, cuidados na prevenção de injúrias não intencionais, e avaliações de risco e vulnerabilidades.

Em síntese, uma tecnologia que, a depender da forma de ser implantada, poderá favorecer a integralidade das ações na garantia do direito ao nascimento seguro e crescimento saudável.

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GERAL

Implantar a Caderneta da Gestante na Unidade de Saúde da Família (USF) do Campo da Mangueira, no município de Macaíba/RN, Brasil, visando qualificar a atenção prestada à mulher quando no ciclo gravídico, parto e puerpério.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Desenvolver estratégias de implantação e de adesão da Caderneta da Gestante junto à equipe de saúde e às usuárias;
- b) Sistematizar o registro das estratégias desenvolvidas na implantação da Caderneta da Gestante, visando seu uso como ferramenta tecnológica para a atenção integral prestada à mulher quando no ciclo gravídico, parto e puerpério.

2. METODOLOGIA

2.1. NATUREZA DO PROJETO

Este trabalho é o resultado da execução de um projeto de intervenção que buscou aprimorar o atendimento às mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

De acordo com Paraná (2009) um projeto de intervenção delineia-se como um instrumento para propor e sugerir ações que atinjam uma determinada problemática levantada por meio da observação de uma situação concreta, visando uma futura intervenção. Bastante utilizado pela área educacional, o projeto de intervenção tem uma estrutura mais didática e funcional para que se possa ter uma real dimensão da sua execução.

Reason e Bradbury apud Oyadmary et al (2013) ressaltam que esse tipo de intervenção tem como propósito gerar conhecimento prático que seja útil no cotidiano das pessoas.

Neste sentido, a ideia inicial, partiu da indagação de uma usuária gestante sobre o fato de não haver um cartão da gestante semelhante ao Cartão da Criança. A equipe considerou pertinente o questionamento da usuária e iniciou, juntamente com estudantes de Medicina, a elaboração de uma Caderneta da Gestante. Deu-se, então, início a um trabalho árduo de pesquisa e elaboração, que teve duração de um ano e seis meses, com leituras sobre o tema, revisões bibliográficas, além da colaboração de professores universitários. O trabalho resultou no produto final denominado Caderneta da Gestante. (APÊNDICE 1)

Sendo assim, traçando ou tecendo diálogo com a PNH, a produção da caderneta possibilitou uma experiência concreta, uma tecnologia produzida no território do encontro entre usuário e equipe, que com a escuta da demanda

apostou, juntamente com outros atores do cenário, estudantes, os quais tomaram para si a tarefa de experimentar e ousar criar, dando vida a uma ferramenta de gestão e atenção do cuidado.

Essa experiência possibilitou a equipe exercitar novos modos de fazer compartilhados, planejando e executando juntos com o usuário que fornece “pistas” e dão sentido a este fazer. Sentidos construídos na rede de diálogos e experimentações, marcando a conexão de saberes, poderes, afetos e efeitos, permitindo espaços para a transversalidade da humanização.

E neste movimento podemos destacar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual e coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (Brasil, 2008, p.40).

Neste processo a busca da singularidade do usuário é o elemento central de articulação de saberes e práticas no processo de trabalho em saúde. Nele o vínculo produzido, intra e intersubjetivo, tem papel fundamental na sustentabilidade do trabalho, pois o mesmo se torna solidário e contínuo, transformando práticas e principalmente sujeitos, capazes de escutar, acolher e rever seus valores, abrindo novas possibilidades e abertura para o novo. (Brasil, 2008).

O método de construção da Caderneta da Gestante, objeto da intervenção aqui relatada, aproxima-se do método de construção do PTS, à medida que favorece o protagonismo e autonomia dos sujeitos que se transformam, mutuamente. Dessa forma, adotamos a aplicação e o acompanhamento do uso da Caderneta da Gestante como ferramenta tecnológica de gestão do cuidado ao Pré-Natal em uma Unidade de Saúde da Família, no município de Macaíba/RN.

Para além do registro técnico de informações, verificados no Cartão da Gestante, a caderneta se constitui de dados de identificação, antecedentes pessoais, familiares e obstétricos, informações sobre direitos da gestante, alterações do corpo, bem como a alimentação, exercícios físicos, cuidados com a saúde bucal e outras doenças que possam surgir durante a gestação.

Traz ainda referências a uso de medicação, registros e movimentos fetais (mobilograma), imunização. Possui espaço para anotações de gráficos e registros nas consultas de PN, enfatizando cada período gestacional, além das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde. Importante destacar espaço específico para registro odontológico e consulta pediátrica no PN. Informa também como identificar os sinais de trabalho de parto, os tipos de parto, orientações e cuidados no puerpério, dentre os quais, doenças mais comuns, uso de medicações, contraceptivos, amamentação, doação de leite materno e cuidados com o bebê. Há um espaço reservado para consultas puerperais, contém ilustrações e buscou-se adotar linguagem acessível à população em geral.

A elaboração da caderneta se deu com a colaboração dos alunos do internato de Medicina da disciplina Saúde Coletiva, em duas turmas consecutivas, que juntamente com os profissionais da Unidade se dispuseram a construir coletivamente a caderneta.

Desse modo durante dois semestres seis alunos estiveram presentes nos diversos encontros com sugestões, pesquisas, desenhos, trazendo autores que contribuíssem na área materna infantil, humanização, até a realização do primeiro modelo da caderneta, ainda sem o olhar dos demais profissionais da Unidade.

Posteriormente, foram realizadas novas reuniões e apresentada a Caderneta aos demais membros da equipe, e dessa forma, algumas outras

sugestões foram consideradas, para chegar o produto final e assim iniciar os primeiros passos da intervenção na USF.

Compreendendo a Caderneta como uma ferramenta da gestão do cuidado ao Pré-Natal, foram desenvolvidas estratégias para envolver os participantes no processo de implantação da Caderneta a partir da sensibilização da importância do uso da mesma, discussão do processo de trabalho e a adesão da equipe na busca da qualificação da atenção ao cuidado no ciclo gravídico e puerperal, que serão descritas posteriormente.

2.2. O LUGAR E O CONTEXTO SOCIAL DA INTERVENÇÃO

O lugar da intervenção foi a Unidade de Saúde da Família do Campo da Mangueira que se encontra localizada na região periférica da cidade de Macaíba/RN, num cenário bucólico, descrito como uma região de frondosas mangueiras, origem do nome do bairro.

No entanto, é um lugar que convive com graves problemas sociais e econômicos: alto índice de violência, alcoolismo, drogadição, desemprego e subemprego, morte de jovens e adolescentes por violência, baixa escolaridade, ou seja, problemas característicos dos denominados bolsões de pobreza.

A escolha dessa Unidade como campo da intervenção justifica-se por ser local de trabalho do mestrando, integrante da equipe há 05 (cinco) anos, vivenciando um trabalho potencializado pela co-responsabilização entre profissionais e gestantes da área em evidência. A própria elaboração da referida caderneta foi produzida nessa vivência em equipe.

O bairro conta com uma população adstrita de 1045 famílias, (SIAB, 2012) correspondendo um total de 3.879 habitantes, acompanhadas por uma equipe

da Estratégia de Saúde da Família desde o ano de 2004, composta por 01 (um) médico, 01 (uma) enfermeira, 01 (um) cirurgiã-dentista, 01 (um) auxiliar de enfermagem, 03 (três) agentes comunitários de saúde e 01 (um) auxiliar de consultório dentário.

Com base nos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB - 2012) identifica-se que as condições sócio-sanitárias da área adstrita estão distribuídas da seguinte forma: 480 (quatrocentos e oitenta) imóveis são abastecidos pela rede geral, e apenas 04 (quatro) são de poço ou nascente; quanto ao destino do lixo, a maior parte é coletada pelo serviço de limpeza municipal (484 domicílios), sendo que 03 (três) tem o lixo enterrado.

Neste mesmo prisma, no tocante ao destino dos dejetos, 444 (quatrocentos e quarenta e quatro) casas têm fossas sépticas, 26 (vinte e seis) são ligadas ao sistema de esgoto e 14 (quatorze) jogam seus dejetos a céu aberto. Quanto ao tratamento da água, 380 (trezentos e oitenta) casas tem sua água filtrada, 02 (duas) tratam com fervura e 102 (cento e duas) não utilizam qualquer tipo de tratamento. As casas, em sua maioria, são construídas com tijolo/adobe, e somam 380 (trezentos e oitenta) domicílios, 02 (duas) de taipa não revestida e apenas 01 (uma) de material aproveitado. A energia elétrica está presente em 449 (quatrocentos e quarenta e nove) casas, correspondendo a 92,77% do total.

2.3. QUANDO, COM QUEM E COMO SE DEU A INTERVENÇÃO

A intervenção consistiu da implantação do uso da Caderneta da Gestante desde a acolhida da gestante às consultas do Pré-Natal na Unidade de Saúde referida. Esta deu-se no período de abril a julho de 2014, às terças-feiras à tarde,

com registro realizado pelos profissionais das anotações na Caderneta da Gestante, bem como nas visitas domiciliares peculiares ao serviço.

Nessas tardes transitam na Unidade de Saúde cerca de quinze a vinte gestante, sendo a média de cinco gestantes, iniciando PN mensalmente acompanha das pelas equipes do saúde da família (SIAB 2013). Fato esse que reforça a importância da realização de um Pré-Natal de qualidade.

2.3.1. Fase Preparatória

No primeiro momento, foi realizada uma reunião com a equipe da USF do Campo da Mangueira para apresentação e pactuação, da Caderneta da Gestante em substituição ao Cartão da Gestante no atendimento às mulheres que fazem o Pré-Natal com a equipe. Na ocasião foram absorvidas sugestões dadas por alguns profissionais, por exemplo, a ficha de acompanhamento/agendamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Enquanto se providenciava as mudanças necessárias para a confecção final e consequente impressão da caderneta, mantivemos um contato periódico com a equipe com a finalidade de não se perder o vínculo e a motivação da mesma em experimentar a caderneta, como instrumento para a qualificação da assistência materna e infantil.

Quando finalmente estávamos com a caderneta da gestante pronta para ser enviada à gráfica, realizamos uma reunião de apresentação da mesma com a presença de todos os integrantes da equipe e duas usuárias, uma gestante e uma mãe que já realizara o Pré-Natal na unidade. Estas estavam presentes naquele momento da reunião e foram convidadas para participar.

Posteriormente, com a confecção e organização de 100 (cem) cadernetas, foram agendados e realizados 02 (dois) encontros: no primeiro momento, com a participação dos profissionais da equipe, representantes da gestão municipal, Coordenações da ESF e da saúde bucal, juntamente com a participação das gestantes. O encontro seguinte aconteceu apenas entre a equipe de saúde da USF e as gestantes.

As gestantes foram previamente convidadas em rodas de conversas, pelos Agentes Comunitários de Saúde, como também através de um carro de som, elucidando o motivo pelo qual houve o chamamento para a referida reunião. Devido a um número considerável de gestantes, num total de 26 (vinte e seis) que se dispuseram a participar, foi necessário dividir em 02 (dois) grupos, em momentos distintos. Na primeira reunião compareceram 11 (onze) gestantes e na segunda um total de 15 (quinze).

Nesses 02 (dois) encontros com as gestantes, esclarecemos o projeto de intervenção desde os objetivos, justificativa, os procedimentos, a implantação propriamente dita, informando que a substituição da referida Caderneta ao Cartão de Gestante não lhe traria prejuízo assistencial; a importância da colaboração de cada gestante para que seja efetivada a implantação da Caderneta; a opção de participar ou não, de desistir em qualquer momento, por decisão e escolha própria sem danos para sua assistência pela equipe de saúde.

Entre as participantes naquele momento inicial, foram selecionadas dez gestantes voluntárias a partir dos seguintes critérios de inclusão: primeiro trimestre de gravidez, residirem no bairro do Campo da Mangueira, na área adstrita da USF Campo da Mangueira, e são acompanhadas nas visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde.

A escolha foi independentemente da faixa-etária e de antecedentes obstétricos. Essa seleção foi realizada durante a primeira consulta de Pré-Natal, posterior aquele encontro, pela enfermeira da equipe. Porém uma gestante deixou de participar, devido ter parido prematuramente, ficando então nove gestantes participantes do grupo da intervenção.

As demais gestantes que não atenderam ao critério de inclusão (primeiro trimestre da gravidez), porque se encontravam entre o segundo e último trimestre gravídico, tiveram acesso à nova Caderneta da Gestante, mesmo não compondo o grupo da intervenção.

Mesmo não se caracterizando como projeto de pesquisa nos moldes convencionais de produção acadêmica, pois se trata de desenvolver e dar continuidade a ações já presentes no processo de trabalho da equipe da USF a partir de um projeto tecnológico sistematizado durante a realização de um dos integrantes da equipe no Mestrado Profissional em Saúde da Família, a participação voluntária das gestantes na intervenção seguiu princípios éticos de consentimento livre e esclarecido, com medidas que permitem garantir segurança e a livre participação das gestantes voluntárias, sem prejuízo material, físico ou emocional para as mesmas.

Nessa perspectiva, seguimos as orientações da resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 sobre participação de seres humanos em pesquisa, no que diz respeito ao esclarecimento e consentimento livre e esclarecido, sigilo e anonimato.

As gestantes voluntárias, após receberem informações e tendo sido esclarecidas suas dúvidas, assinaram o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE), concordando com a participação do uso da Caderneta da Gestante durante o seu ciclo gravídico-puerperal.

Considerando a preservação do anonimato das gestantes recorreremos ao uso de pseudônimos originários dos nove ciclos lunares inspirados também em uma canção brasileira: Lua inteira; Lua cheia: Lua soberana: Lua maravilha; Lua deslumbrante; Lua de alegria. Lua azul verdejante; Lua branca e Lua brasileira, compondo o grupo da intervenção o qual aqui denominamos de *As Luas de São Jorge*.

2.3.2. Implantação do uso da Caderneta da Gestante na USF

A implantação da caderneta da gestante, propriamente dita, a partir do seu uso na rotina do atendimento á gestante, deu-se com uma reunião com toda a equipe, ficando acertado que manteríamos o Pré-Natal às terças feiras, dia predeterminado ao atendimento direcionado às gestantes, contando com a presença dos seguintes profissionais: médico, enfermeira e cirurgião-dentista, além do técnico de enfermagem e o serviço de imunização. Como pactuado anteriormente na USF, a primeira consulta foi realizada pela enfermeira, iniciando o registro dos dados e logo depois encaminhamento da gestante para avaliação odontológica, e demais serviços oferecidos pela USF (imunização, cursos de gestantes, entre outros).

No mês seguinte, as gestantes foram agendadas para o profissional médico, responsável pela execução da intervenção articulado ao desenvolvimento de seu Mestrado. Durante as consultas iniciais após aquela reunião, observamos o preenchimento correto inerente à primeira consulta do PN. Após a validação do preenchimento da Caderneta, registramos as impressões que as participantes

tiveram a respeito desse novo instrumento. Nos depoimentos identificamos satisfação das gestantes inseridas no projeto de intervenção através de depoimentos escritos, que descreveremos mais adiante.

2.3.3. Monitoramento do uso da Caderneta da Gestante na USF

Durante o período de acompanhamento dessas gestantes realizamos um seguimento também do uso da Caderneta, o que pode caracterizar essa fase como de monitoramento do uso desse instrumento de gestão de cuidado. Anotamos impressões e observações nossas quanto às dificuldades de preenchimento encontradas pela equipe, aspectos que precisavam ser melhorado de um modo geral para o uso adequado da Caderneta.

Além desse acompanhamento do uso da Caderneta pela equipe da USF, observamos também o seu preenchimento por outros serviços de referência, quando da necessidade de encaminhamentos (Alto-Risco, especialistas), para, assim, identificar como se deu o registro por profissionais que não sejam da ESF.

Foi realizado um total de seis reuniões, inicialmente com os profissionais da USF, e em seguida com gestores municipais, coordenação da ESF e as gestantes. Concluindo o ciclo das reuniões, houve uma reunião de avaliação com os profissionais de saúde, além de um encontro de confraternização.

As discussões da reunião de avaliação e das falas das gestantes durante as consultas do Pré-Natal foram registradas para compor as anotações de acompanhamento da intervenção.

O conjunto dos registros realizados durante o acompanhamento do uso da Caderneta – anotações feitas na caderneta pelos diversos profissionais,

anotações de impressões e das observações realizadas durante as consultas, anotações das reuniões com equipes e com gestantes – compuseram o material empírico para análise da intervenção que descreveremos nos capítulos seguintes.

3. A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DA CADERNETA DA GESTANTE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

3.1. TRAÇANDO CAMINHOS PARA CONSTRUÇÃO COLETIVA DA CADERNETA DA GESTANTE

A gestação é um período em que ocorrem modificações fisiológicas, psicológicas e socioeconômicas na vida da mulher, deixando-a mais vulnerável e, portanto, requer por parte da família e dos profissionais de saúde acompanhamento contínuo e acolhedor, possibilitando uma atenção humanizada e com qualidade. Essa atenção só virá a acontecer por meio de condutas e ações que integrem promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido desde o atendimento ambulatorial até o atendimento hospitalar (BRASIL, 2006).

Segundo Onias et al (2013), a gravidez é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo.

Sendo assim o PN de qualidade deve assistir a mulher e a família, nesse sentido a proposta de elaborar e implantar uma Caderneta da Gestante para acompanhamento do Pré-Natal (PN) na USF Campo da Mangueira foi pensada a partir de um questionamento de uma gestante, durante consulta médica, sobre o fato de não existir uma forma de registro do PN como havia para crianças no

acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD). A provocação daquela gestante inspirou-nos, a mim - então médico daquela USF que, juntamente com a enfermeira, resolvemos dar “asas a imaginação” e começarmos a pensar uma forma de pô-la em prática.

Como já referido, inicialmente houve a sensibilização dos profissionais da equipe através de rodas de conversas. Naquele momento ocorreu à apresentação da caderneta e discussão da viabilidade de sua utilização.

Desse modo o produto final desta intervenção foi fruto de uma produção coletiva, que perpassou vários momentos do cotidiano de trabalho da USF Campo das Mangueiras e culminou sua efetivação como um projeto de intervenção desenvolvido junto ao Mestrado Profissional em Saúde da Família, da RENASF, nucleadora UFRN.

A caderneta da gestante foi pensada objetivando o registro do maior número possível de informações que, quando analisadas, de forma dialógica por equipe de profissionais e usuária, pudessem contribuir para a melhoria do Pré-Natal realizado a partir de visão humanizada e integrada.

Conforme já foi relatado no capítulo da metodologia, a intervenção contou com a participação de nove gestantes que passaram a usar a Caderneta no acompanhamento do seu Pré-natal. Do total das 46 consultas realizadas, no período da intervenção, a todas às gestantes voluntárias, 27 (vinte e sete) foram feitas pelo médico e 19 (dezenove) pela enfermeira. Além dessas houve também as consultas específicas para atendimento odontológico e atendimento na sala de imunização.

Durante a consulta odontológica, o cirurgião-dentista preenche o odontograma, presença de alterações bucais na gravidez, o plano de trabalho e

tratamento realizado, diferente do cartão da gestante que não há espaço para essas explicações. O técnico de enfermagem faz anotações das vacinas, com espaços para colocar lote, data de validade, e doses necessárias.

Se fizermos uma analogia às variações da lua, lembrando as denominações de codinomes das gestantes voluntárias, podemos pensar que a imagem lunar serve para ilustrar a implantação do uso dessa Caderneta da Gestante, pois também passou várias fases e movimentos em seu processo de implantação e monitoramento, culminando com uma produção final que, também inacabada como a lua cheia que retorna ao seu processo de movimento constante, acolhemos as críticas e sugestões feitas pelos sujeitos construtores: profissionais e gestantes.

Essa imagem lunar ajuda-nos a pensarmos o processo de trabalho em saúde como um ato contínuo e em permanente movimento, intrínseco à produção da vida, e que não se enquadra em protocolos ou normas rígidas. Desse modo, é importante que as orientações e instrumentos de registros sejam implantados num modo o mais próximo possível, e que permita abertura e flexibilidade ao movimento singular de produção da vida das pessoas, com a participação dos sujeitos implicados.

A Caderneta da Gestante, objeto dessa intervenção, foi construída a partir da ação conjunta, partilhada entre os profissionais e as gestantes. Não se tratou da elaboração solitária de um projeto para, posteriormente, outros executarem. Ao contrário, foi um projeto que desde sua proposição, passando pela elaboração e desenvolvimento, ocorreu *no* e *com* o coletivo da ESF.

A construção da Caderneta como um sentido produzido no coletivo, parece ter possibilitado a vivência da dimensão do cuidado enquanto inter-relação

de vários saberes e culturas que permeiam e são capazes de modificar a forma de produzir saúde. Profissionais e usuários se posicionando frente a um produto para eles e por eles definido.

Neste campo de produção de saúde é importante destacar as contribuições de Mehry (2002) no que diz respeito às tecnologias que compõem o trabalho em saúde. As tecnologias leves, um dos tipos apresentados, são as produzidas no trabalho vivo em ato, envolve as relações de interação e a subjetividade sendo capazes de produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia.

Ao longo do processo de implantação da Caderneta foram surgindo várias dúvidas, dificuldades e sugestões para que se obtivesse um produto que pudesse ser de fácil acesso, compreensível, com boa leitura, para que tanto profissionais de saúde e gestantes fossem contemplados. Devido a pouco espaço de tempo não foi possível haver outros encontros, conseqüentemente, não foi realizada uma avaliação mais sistemática.

Observamos que os profissionais não realizavam preenchimento do resumo das consultas, e, em algumas situações (visto nas consultas de enfermagem), o não registro dos resultados dos exames e das ultrassonografias, embora estivessem devidamente registradas nos espaços destinados às consultas.

Verificou-se pouca legibilidade dos gráficos de acompanhamento nutricional da gestante e da curva altura uterina/idade gestacional prejudicando de forma considerável essas anotações. Um defeito gráfico foi identificado por algumas gestantes que haviam algumas páginas borradas impedindo-as de fazerem suas leituras de forma satisfatória.

De outra feita, uma gestante sugeriu que a caderneta tivesse encadernação em espiral, pois seria de mais fácil manuseio e conservação do impresso. Outro aspecto falho, identificado pela técnica de enfermagem foi os dados confusos e incompletos da imunização, inclusive no meio dos dados inerentes à gestação atual. Identificamos a inexistência de espaço para o registro da idade gestacional de acordo com a ultrassonografia e a identificação para os registros das queixas da gestante.

Inicialmente, os profissionais tiveram dificuldade em fazer os registros das consultas, conforme o seu trimestre, mas foi considerado pelos mesmos irrelevantes e como falta do hábito. À medida que a caderneta foi sendo utilizada esse problema foi sendo minimizado.

Tivemos a oportunidade de realizar a consulta puerperal no sétimo dia e verificamos que os registros destinavam-se exclusivamente à mãe e nenhum espaço para o bebê.

Consideramos, por fim, que todas as sugestões e as falhas encontradas ao longo das consultas foi motivo de uma correção e consequentemente de uma nova impressão realizada, incluindo modificação na capa para escolha da gestão municipal, caso venha a ser adotada na USF Campo das Mangueiras, bem como para as demais equipes de saúde da família do município.

Salientamos que durante todo o processo houve um compartilhamento de saberes, de idas e vindas, em que se buscou aprimorar a Caderneta através das opiniões dos diversos atores, acolher as críticas e sugestões que pudessem construir uma caderneta em que todos fossem contemplados.

Durante os 03 (três) meses em que a caderneta foi utilizada nas diversos tipos de atendimento, desde a consulta médica, enfermagem e odontologia, na sala

de vacina, nas visitas domiciliares a gestante, tornou-se uma ferramenta importante na atenção ao Pré-Natal naquela USF.

A experiência vivenciada nessa intervenção permitiu constatar ser possível criar, corrigir rumos e jeitos de concretizar/vivenciar os princípios da construção coletiva do saber-fazer, com o objetivo de tornar o trabalho em saúde humanizado de forma a qualificar a atenção à gestante e dar satisfação ao trabalhador de saúde.

3.2. O BRILHO DO CUIDADO SOBRE AS LUAS DE SÃO JORGE: A BOA ACOLHIDA DAS GESTANTES À CADERNETA

Desde os primórdios da humanidade que o homem recebe influência da lua através do seu brilho à noite e de seus mistérios. Dentre outras coisas, as fases da lua interferem nos ciclos menstruais das mulheres e na gestação. Cada fase da lua dura de 07 (sete) a 08 (oito) dias, sendo que seu ciclo completo leva 28 (vinte e oito) dias. Sendo assim, o mês no calendário lunar teria apenas 28 (vinte e oito) dias e o ciclo gestacional também seguiria esta mesma contagem, sendo contados 09 (nove) ciclos lunares. Portanto, como já nos referimos, para preservar sigilo das gestantes participantes da intervenção, num total de 09 (nove), denominaremos por luas, conforme a canção popular de Caetano Veloso, “Lua de São Jorge”.

A seguir, descreveremos algumas características das participantes que compuseram o grupo da intervenção, *As Luas de São Jorge*, e suas percepções sobre o uso da Caderneta da Gestante:

A faixa etária das gestantes participantes da intervenção variou entre 19 (dezenove) a 30 (trinta) ano, com a média de idade igual a 24 (vinte e quatro) anos.

No tocante aos antecedentes obstétricos, encontramos apenas uma gestante primigesta. As demais se apresentavam na segunda, terceira e quarta gestação. Quanto ao início do Pré-Natal, compreendeu entre sete a onze semanas. No que se refere à escolaridade, predominou o ensino médio com o total de cinco gestantes, seguido de três com ensino fundamental e apenas uma cursando ensino superior. Quanto ao alto risco, apenas uma foi identificada, representando o percentual esperado para este tipo de atendimento.

Durante os encontros e as consultas no Pré-Natal, as gestantes expressaram, de diversas maneiras, os seus sentimentos em relação à nova caderneta. A seguir, destacamos alguns dos seus depoimentos:

“Gostei bastante da caderneta, que de tanto falar em casa, despertou o interesse do meu companheiro e ele quis participar da consulta. Primeiro para ouvir o bebê e segundo por que ficou impressionado com a caderneta, se interessando em participar desse momento” (LUA INTEIRA).

“Achei bem melhor que o cartão, com ele não dava para perceber a importância do mesmo e do Pré-Natal. Com a caderneta, explica-se melhor as coisas, tem muito mais informações e detalha melhor as consultas. A gente entende o que o médico ou a enfermeira escreveu” (LUA SOBERANA).

Verifica-se, portanto, a satisfação e orgulho das gestantes com esse novo instrumento de acompanhamento no Pré-Natal, de leitura fácil, interessante, simples, que todos, inclusive os companheiros tiveram acesso e juntos compartilharam as leituras inseridas na caderneta. Percebe-se que, diferente do cartão, a caderneta proporciona um bem fazer, inclusive uma melhor interação entre profissional e

usuária, facilitando esse *feed-back* entre os dois mundos que se entrelaçam num determinado período de tempo da mulher.

Desse modo, de acordo com Cecílio (2009), trabalhadores generosos, capazes de fazer uma escuta qualificada do que o Outro, que está na sua frente lhe apresenta; e, o que é mais importante, tanto disponibilizar o que já sabe para melhorar a vida desse Outro, como ser capaz ou estar aberto para a invenção de novas formas de cuidado adequadas a cada situação singular. Tratar-se-ia, portanto, da possibilidade de se construírem práticas gerenciais que valorizem as “linhas de fuga” que escapam ao que está instituído e sacramentado pelos saberes que operam os serviços de saúde, possibilitando uma escuta mais fina das necessidades singulares de cada pessoa.

Importante ressaltar que quando questionadas sobre o que elas faziam ou entendiam do cartão da gestante, todas, sem exceção, disseram que recebiam do médico ou da enfermeira, guardavam o mesmo e só voltava a pegá-lo na consulta subsequente.

Ayres (2005) destaca aspectos fundamentais sobre o cuidado a partir da argumentação de Heidegger da fábula de Higino em *Ser e Tempo* que, para nós, retrata também efeitos do que esta intervenção parece produzir. Por exemplo, a noção de movimento, em que o encontro, a interação possibilita a experiência da construção de si e do outro, ou seja, o sentido, o pertencimento, um vir a ser, expressado nas falas das gestantes que demonstram compreender melhor o Pré-Natal e passam a assumir uma atitude na direção da autonomia e auto-cuidado.

Para tanto, observa-se esse auto-cuidado e orgulho nas falas das “Luas” abaixo:

“A caderneta é maravilhosa, trabalho na Guararapes, tenho Hapvida (referindo a um Plano de Saúde) e lá não tem a qualidade desse material. Confesso que gosto mais das consultas na Unidade. Vou levar a caderneta para mostrar a médica do plano. Só fico sendo acompanhada por lá, porque tenho a garantia de fazer o parto” (LUA MARAVILHA).

“Senti-me orgulhosa com a mesma, mostrei na faculdade e no meu trabalho, foi bastante elogiada e minha sogra também ficou encantada com a caderneta” (LUA DESLUMBRANTE).

“Carrego a minha caderneta para cima para baixo e percebi... uma inveja de outras gestantes quando fui receber o meu kit gestante na Secretaria Municipal de Saúde. Elas questionavam porquê só eu possuía àquela caderneta” (LUA DE ALEGRIA).

É importante destacar, como afirma Cecílio (2009) com referência às dimensões do cuidado (profissional, organizacional e sistêmica), que elas se correlacionam e que é na dimensão do encontro profissional-usuário, que sua potencialidade se revela, que pode ser emanado ou não a força propulsora da criatividade, na inovação nas formas de fazer e gerir saúde e dessa forma produzir e reproduzir o cuidado. Este tomado de significados e sentidos construídos na micropolítica relacional no momento do encontro. Estar atento a este momento, singular e único é que reflete a qualidade e a capacidade de mudanças necessárias para o nascimento de novas práticas na saúde.

É desse cuidado que vislumbramos nos depoimentos das gestantes durante esses meses de acompanhamento do atendimento no Pré-Natal, seja quaisquer dos profissionais que estivessem lhes escutando, quer seja médico,

enfermeiro, dentista, agente de saúde, técnico de enfermagem. Todos estiveram empenhados nesse ato de cuidar, nesse ato de escuta e de valorização do outro.

Nesse aspecto, vejamos outros depoimentos revelados através das falas das “Luas de São Jorge”.

“Gostei bastante, bem diferente e me faz ver a importância do Pré-natal. É uma sensação de cuidar de mim. Na outra barriga, cheguei a faltar algumas consultas, às vezes por preguiça de vir para o posto e ter que esperar pela minha consulta. Agora não sinto mais vontade de faltar” (LUA AZUL-VERDEJANTE).

“Adorei. Muita boa! Gostei dos desenhos.” (LUA BRANCA).

“Não sabia do caderno, achei muito bom. Agradeço a oportunidade e vou cuidar bem dela. Quando puder vou ler toda... O Campo da Mangueira tá de parabéns...” (LUA BRASILEIRA).

A construção de uma identidade se estabelece e se transforma à medida que criamos a partir dos sentimentos e desejo, novas possibilidades. Estas experiências vividas vão definindo a nossa própria história, nos diferenciando, nos tornando criador e criatura (AYRES, 2005).

O autor finaliza a sua interpretação com o aspecto do cuidado que caracteriza a responsabilidade, em que “cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar ‘porque’ se responsabiliza. E não é por outra razão que Saturno concede ao cuidado a posse da sua criatura ‘porquanto e enquanto se responsabilizar’ por sua existência” (AYRES, 2005).

3.3. A CADERNETA DA GESTANTE COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DO CUIDADO NO TRABALHO EM SAÚDE

De acordo com Vilar (2014), a humanização se apresenta como uma estratégia nas práticas de saúde na medida em que os atores engajados nas experiências locais, quando mobilizados, podem assumir o protagonismo e provocar mudanças.

No tocante a Política Nacional de Humanização (PNH), tem-se a criação no ano 2000 o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento que teve como propósito assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade de acompanhamento Pré-Natal, assistência ao parto e do puerpério às gestantes e ao recém-nascido. Uma das principais premissas é a adoção de medidas e procedimentos para o acompanhamento do parto e do nascimento tendo como convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido (VILAR, 2014).

Durante as rodas avaliativas na implantação da caderneta, as opiniões dos profissionais de saúde expressaram aproximação com as diretrizes da PNH quanto à troca solidária de saberes e práticas entre trabalhadores e usuários, articulando a produção de saúde e de sujeitos.

Pensar na caderneta como uma ferramenta nesta nova produção de sentidos permite dialogar com a teoria e corroborar na proposta da intervenção, quebrar a lógica estabelecida e “sair do lugar” instituído do saber e fazer vigentes para escutar, acolher e produzir o novo a partir da necessidade de quem e para quem se dirige o cuidado. Fazer do encontro, da intersubjetividade um movimento, com efeitos e afetos produzidos em momentos como de acolhida, cumplicidade e

confiabilidade capazes de gerar mudanças efetivas e eficazes no fazer e produzir saúde e novas tecnologias do cuidado (Mehry, 1998).

Nessa perspectiva, destacamos a seguir alguns trechos de falas dos profissionais que participaram na elaboração, construção e vivenciaram o momento da implantação:

“Vejo as gestantes muito satisfeitas e motivadas com a nova caderneta ao ponto de afirmar que através de suas observações, tive a impressão que as mesmas melhoraram as faltas ao agendamento, assim, como estão vindo mais arrumadas. As demais gestantes que não estão participando do projeto cobram a troca do cartão pela caderneta” (Técnica de Enfermagem).

“A caderneta da criança é hoje a identidade do bebê e essa é a continuidade da outra” (ACS 3).

“Nova caderneta da gestante... Ao apresentar a nova caderneta às gestantes acompanhadas pela ESF Campo da Mangueira, a primeira coisa a me chamar atenção foi a reação delas em recebê-la, pois a mesma causou impacto entre as gestantes que realizam o pré-natal na ESF. A caderneta é rica em informações e de fácil compreensão... ... A caderneta também foi um ganho para os profissionais, pois agora temos espaço para preencher dados importantes no momento do atendimento, facilitando maior compreensão entre profissional e paciente e profissional/ profissional.” (ENFERMEIRA).

Tais depoimentos demonstram os efeitos da Caderneta da Gestante na melhor relação estabelecida entre os profissionais e as usuárias na perspectiva do cuidado integral.

Para Mattos (2009) a integralidade talvez só se realize quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, nas nossas práticas nos serviços de saúde, nos debates sobre a organização dos serviços ou nas discussões sobre as políticas. “Isso talvez envolva uma abertura para o diálogo com o outro, que sempre resiste aos nossos projetos, do mesmo modo como resistimos aos seus projetos” (MATTOS, 2009, pag.66)

O autor revela ainda que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objeto”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.”(MATTOS, pág. 45)

Outros depoimentos de profissionais ratificam o uso da Caderneta da gestante como ferramenta da gestão do cuidado e integração do trabalho da equipe de saúde:

“A caderneta da criança é hoje a identidade do bebê e essa é a continuidade da outra” (ACS 1).

“A caderneta é um ótimo instrumento para o acompanhamento da gestante, com todas as informações necessárias para o esclarecimento sobre o período gestacional, parto e puerpério. Achei a caderneta completa, diferente do cartão das gestantes que falta espaço para anotar as informações sobre o pré-natal, principalmente na área odontológica. (...) Não vejo dificuldades algumas de usar e preencher a caderneta. Agora consigo visualizar e entender melhor o que os outros profissionais estão registrando Estou feliz por ter colaborado na elaboração da

caderneta, sobretudo no que se refere à saúde bucal” (DENTISTA).

A intersubjetividade produzida nas relações entre a equipe, estudantes e usuárias levaram a sustentabilidade da proposta prática local, sua continuidade e aplicabilidade no cotidiano.

Esse movimento quando compartilhado gera mudança na produção do fazer saúde, que a partir de então passa a se constituir como uma nova prática do cuidado.

Nessa mesma linha, busca-se a clínica ampliada, que requer a incorporação de novos saberes e novos fazeres, integrando conhecimentos de áreas diversificadas, com o objetivo de cuidar do problema e do indivíduo como um todo, ampliando o grau de autonomia dos usuários (VILAR, 2014).

De acordo com o documento-base da PNH (BRASIL, 2006), a clínica ampliada, constitui:

“ o trabalho clínico visa ao sujeito e à doença; a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela, a construção do vínculo, a elaboração do projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença”.

Corroborando com essa premissa, destacamos outros depoimentos:

“Caderneta prática, informativa, com maior espaço para os dados referentes ao segmento pré-natal, por exemplo: queixas. O registro das vacinas, anteriores e atuais (se necessárias) na mesma caderneta, reduzindo risco de extravios. Contém

informações sobre o acompanhamento do pai da criança e dados referentes a sua saúde. Não tive nenhuma dificuldade para o preenchimento da caderneta, entretanto falta a gente se adaptar a esta nova fase de registro. Às vezes a gente se atrapalha um pouco. Em suma, muito boa.” (MÉDICA).

“Concordo com o que disse a dentista, a caderneta é muito boa” (TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL).

Assim, de acordo com Ayres,

“Cuidar da saúde de alguém, é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito que opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo.” (AYRES, 2011 pág. 37)

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) estabelece como foco o paradigma da produção social da saúde, enfatizando o cuidado na atenção primária e na vigilância a saúde, na construção do cuidado orientado por um novo pensar e agir, numa ação dialógica, ou seja, na possibilidade de um diálogo aberto entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária (AYRES, 2005).

Portanto, a ESF tem como proposição a transformação da realidade, no planejamento territorial, na gestão com o desenvolvimento da oferta das ações e serviços, inclusão e integração das populações vulneráveis, e em situações de injustiças sociais (SOUSA, 2014).

Desse modo, trata-se de uma estratégia que atua na lógica de transformação das práticas de saúde na atenção básica, direciona atribuições para

os profissionais, dentre as quais o planejamento das ações, promoção e vigilância, e o trabalho interdisciplinar em equipe, com abordagem integral da família.

A equipe deve pertencer a um território-espço, tem como premissa a promoção da saúde, diminuição dos riscos à saúde e organização da rede de serviços, proporcionar a equidade, a justiça social como direito à saúde, reduzindo as iniquidades, estimulando a intersetorialidade, e a responsabilidade da equipe (SOUSA, 2014).

Reconhecemos o potencial cuidador da Equipe de Saúde da Família que deve acompanhar a gestante nas consultas individuais, nos grupos de educação em saúde, e em visita domiciliar para assegurar a realização do pré-natal, além de realizar busca ativa em caso de gestantes faltosas ou dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Garantir a atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. O início precoce do pré-natal, o acompanhamento pela equipe de saúde da família, a realização dos exames necessários e a referência de assistência ao parto com segurança promovem uma assistência de qualidade à mulher no ciclo gravídico e puerperal. A atenção ao pré-natal consiste em um acompanhamento minucioso durante a gravidez, implica considerar os aspectos sociais, culturais, psicológicos e biológicos da mulher que está incluída no processo gravídico (UNICEF, 2011).

Nessa perspectiva, com a implantação da Caderneta da Gestante, estaremos corroborando a Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde. A PNH tem o propósito de efetivar os princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade e participação, além de provocar inovações nas práticas gerenciais e da produção da saúde (BRASIL, 2010). Neste prisma, segundo Pasche e Passos (2008), a PNH é regida por três eixos básicos: a

transversalidade, a indissociabilidade entre práticas de gestão e práticas de atenção à saúde e o protagonismo dos sujeitos e dos coletivos.

Os dispositivos usados pela PNH podem ser incorporados nas práticas de produção de saúde, envolvem coletivos e visam promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão. São eles: Acolhimento; Clínica Ampliada; Co-gestão; Valorização do Trabalho e do Trabalhador; Defesa dos Direitos do Usuário, Ambiência e Construção da Memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2010).

Para Vilar (2009), as proposições da PNH tem uma proposta de mudança de organização do serviço de saúde como também de um arcabouço político forte. O método adotado pela PNH, que aposta na inclusão e protagonismo dos sujeitos, norteou a implantação da Caderneta da Gestante como ferramenta tecnológica da gestão do cuidado no Pré-natal.

Articulando diretrizes das Políticas de atenção à gestante, ao parto e ao puerpério às diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização, a finalidade principal da presente intervenção foi assegurar acolhimento à mulher desde o início da gravidez até o final da gestação de forma contínua proporcionando o bem estar materno e neonatal.

Desejamos que o registro da experiência de implantação da Caderneta da Gestante na USF do Campo da Mangueira possa trazer contribuições para reprodução da iniciativa em outros serviços de saúde, como estratégia para qualificar a atenção à saúde da mulher e da criança, especialmente, quanto ao pré-natal, parto e puerpério.

Compreendemos que o pré-natal realizado com boa qualidade poderá repercutir, positivamente, no acompanhamento do bebê no Programa de Crescimento e Desenvolvimento (CD), com manutenção da adesão, aumento do

tempo de aleitamento materno exclusivo, atualizações das vacinas, cuidados na prevenção de injúrias não intencionais, e avaliações de risco e vulnerabilidades.

Em síntese, uma tecnologia que, a depender da forma de ser implantada, poderá favorecer a integralidade das ações na garantia do direito ao nascimento seguro e crescimento saudável.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS: IMPLICAÇÕES, LIÇÕES APRENDIDAS E DESAFIOS

Importante destacar a minha satisfação em vivenciar essa intervenção juntamente com a equipe da ESF do Campo da Mangueira. Este trabalho feito a muitas mãos, envolvendo desde a reivindicação de uma gestante, socializada a equipe, convencendo estagiários de Medicina da importância deste instrumento, foi para mim muito gratificante.

O envolvimento e participação de todos foi determinante para o êxito da implantação da Caderneta. Todos se sentiram autores, cada um cooperando na elaboração e implantação da mesma. Isto fortaleceu o trabalho em equipe e, certamente, deverá contribuir para melhorar a qualidade do Pré-Natal da USF do Campo da Mangueira.

Portanto, a minha maior alegria, e a maior satisfação é a possibilidade de concluir o meu mestrado profissional em Saúde da Família, no município que me convidou para integrar a equipe, na comunidade que me aceitou e na equipe que me acolheu, bem como a “forma de trabalho” que me realizou e que me realiza profissionalmente no cotidiano do meu fazer como médico da Estratégia Saúde da Família.

Fora dessa óptica ou perspectiva não teria atravessado a todas essas fases lunares, os módulos da qualificação, até chegar à “LUA CHEIA”, plena de luz e de emoções da “NOSSA DEFESA”, compartilhando com todos e todas que contribuíram para enfrentar essas fases e etapas.

Não desvalorizo aquilo o que se faz só, pois é particular de cada pessoa. No entanto, acredito muito naquilo que se faz “juntos”, coletivamente, pois, certamente, multiplicam-se as emoções, com o sucesso e dividem-se as frustrações com os fracassos e dificuldades enfrentadas. Porém, com o coletivo, as possibilidades de enfrentamento se potencializam e vamos vencendo as vicissitudes surgidas. Estou acostumado em vivenciá-las, porém, não desisto nunca, transformando-as em desafios.

É mister revelar uma observação realizada por uma gestante sobre o cartão, da não valorização deste, utilizando apenas como instrumento de acompanhamento nas consultas sem ao menos olhar o que lá continha. Isso se devia ao não envolvimento do profissional e da gestante com o cartão. Esta gestante passou a emanar sua luz, irradiando a magnitude da caderneta, ou melhor da sua apropriação e compreensão do seu sentido de existir, como um resgate de sua importância e do acompanhamento do pré-natal para ela.

Acreditamos no valor que a caderneta tem em motivar, orientar e empoderar as mulheres como também da necessidade e relevância de se fazer um pré-natal, saber o porquê das consultas e o sentido de suas anotações, mantendo-as informadas sobre os acontecimentos e modificações durante a gestação, além de ter ciência dos seus direitos através das leis existentes e muitas vezes não cumpridas nas instituições.

Mesmo as gestantes que revelaram não ter tido tempo para ler as informações presentes na caderneta, confessaram ter olhado pelo menos os desenhos e estavam satisfeitas em ter algo diferente e que chamava a atenção de outras pessoas, expressando ainda que não se esqueciam de levá-la ao sair de casa.

Desse modo, acredito que foi importante como elo no estabelecimento e fortalecimento de vínculos entre a equipe e esse grupo de usuárias, sendo percebida uma melhora na adesão e no grau de satisfação das mesmas em relação ao pré-natal.

Em outro momento, verificamos também que o Gestor do Centro de Referência para gestantes e bebês de alto-risco teceu comentários satisfatórios em relação à nova Caderneta da Gestante.

Percebemos também importante motivação por parte de todos os profissionais de saúde da USF Campo da Mangueira, não apenas colaborando com o trabalho de mestrado de um médico que oficialmente não integra mais àquela equipe, mas sim por compreender que aquela caderneta foi fruto de uma semente plantada no coração da unidade, regada por muitas mãos e que hoje floresce e começa a frutificar firmemente.

Dessa forma, esperamos que a colheita realizada seja disseminada por todas as equipes da ESF do município de Macaíba e com isso possa colaborar na melhoria da qualidade do pré-natal, contribuindo na redução dos indicadores de morbi-mortalidade materna e infantil.

Outrossim, a utilização de um instrumento gerado a partir da demanda de uma usuária leva a considerar o aspecto fundamental da escuta e da co-participação

do usuário na construção de dispositivos que de fato contribuam para a relação efetiva no cuidado em saúde, expressando bem os princípios da PNH.

Pensar, construir e aplicar um instrumento a partir das escutas de usuárias, equipes, estudantes e orientadores, retrata a magnitude de uma metodologia pedagógica participativa e inclusiva no processo do ciclo gravídico e puerperal, estruturando um instrumento capaz de atender às necessidades e aplicabilidade no cotidiano do trabalho.

Dessa forma, a construção coletiva do instrumento por parte dos alunos constitui outro aspecto fundamental no processo de formação, possibilitando experienciar a relação teórico-prática necessária para a intervenção no meio, gerando a interação inter e intra equipe de saúde, reforçando aspectos fundamentais na produção do cuidado como autonomia, protagonismo e, sobretudo, a responsabilidade e compromisso com a formação da cidadania.

Por conseguinte, observamos que a caderneta continua a ser utilizada no serviço e vem sendo fruto de desejo em outras usuárias, bem como tem provocado interesse da gestão em adotá-la para as demais unidades do município.

Verificamos que as observações relatadas pelos profissionais e as gestantes reforçam a possibilidade desse instrumento (caderneta) ser difundida pelo município de Macaíba, uma vez que agradaram e motivaram os profissionais de saúde, inclusive de outras equipes, e ao se trabalhar com único objeto perpassando por diversas categorias profissionais, ou seja, a interdisciplinaridade.

Constatamos também a satisfação demonstrada pelas gestantes, contribuindo para melhoria da adesão, maior estabelecimento de vínculos, melhora da auto-estima das gestantes e como consequência melhoria da qualidade do Pré-Natal.

Um fator importante que não conseguimos concretizar durante a implantação da caderneta foi a efetivação de consulta pediátrica no Pré-Natal, tanto defendida pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) de preparar essa futura mãe, desde o Pré-Natal, com os cuidados que ela e a família devem ter com o recém-nascido. Portanto, deixemos como proposta a serem disseminadas em outros movimentos lunares.

Outrossim, tomamos conhecimento de algumas experiências em que se utilizam Cartilhas ou Cadernetas no Pré-Natal, dentre estas, a de Belo Horizonte, São Paulo e Curitiba. Como também, recentemente, a Caderneta da Gestante elaborada pelo Ministério da Saúde através da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, inclusive fomos consultados sobre os dados da consulta odontológica da nossa Caderneta para servir de base ao material do MS, uma vez que não contemplava esse tema, o qual nos deixou muito lisonjeados por estarmos contribuindo essa construção.

Portanto, entendemos que a Caderneta da Gestante é um dispositivo que traz benefícios a uma determinada clientela, a gestante, visando contribuir para mudanças no modo de fazer a atenção e a organização do serviço de saúde como também ser implantado no município de Macaíba/RN ou ser utilizado em serviços de saúde de outras localidades, colaborando na edificação e fortalecimento do SUS.

E que esta intervenção possa servir de referência para novas experiências em outros cenários, na construção de um SUS solidário, criador de vínculos, de valorização da autonomia e protagonismo dos sujeitos, um SUS que queremos e que tanto sonhamos: um SUS que dá certo!

5. REFERÊNCIAS

1. ANDREUCCI, C. B ET al. **SISPRENATAL como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante**. Rev. Saúde Pública, 2011; 45 (5) 854-63. Disponível em: www.revista.usp.br Acessado em 14 jan. 2015.
2. AYRES, J. R. C. M.; **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ, IMS: ABRASCO. 2011. 284p.
3. _____; Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MINAYO; M.C.S.; COIMBRA JR.;C. E. A.(Orgs.): **Críticas e atuantes: Ciências Sociais e Humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora fiocruz,, 6: 91-108, 2005.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e Diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 46p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias_noticias_2007/politica_mulher.pdf. Acessado em 22 mai. 2013.
5. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 163 p.
6. _____. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
7. _____. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas . Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2008. 158p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/noticias/clipping/livro_parto_web.pdf. Acessado em 05 jun 2013.

8. _____. Portaria n. 1.918 de 5 de setembro de 2012. [on line]. Disponível em: [http: bvs.ms.saude.gov.br- bvs-saudelegis-gm-2012-prt1918_05_09.html](http://bvs.ms.saude.gov.br-bvs-saudelegis-gm-2012-prt1918_05_09.html). Acessado em 03 abr. 2013.
9. _____. Portaria nº 1097-GM-MS de 22 de maio de 2006. Programação Pactuada e Integrada da Assistência. Disponível em: [bvms.saude.gov.br- bvs-saudelegis-gm-2012-prt1918_05_09_.html](http://bvms.saude.gov.br-bvs-saudelegis-gm-2012-prt1918_05_09_.html). Acessado em 03 de abril de 2013.
10. _____. Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011 e Portaria n. 2.351 de 5 de outubro de 2011. Portaria consolidada da Rede Cegonha. Disponível em: [bvms.saude.gov.br- bvs-saudelegis-gm-2012-prt1918_05_09_.html](http://bvms.saude.gov.br-bvs-saudelegis-gm-2012-prt1918_05_09_.html). Acessado em 03 abr. 2013.
11. _____. Ministério da Saúde. Pacto pela vida. Portal da Saúde Disponível em: [http: portal. saúde.gov.br- portal-saude-profissional. www.saude.gov.br](http://portal.saude.gov.br-portal-saude-profissional.www.saude.gov.br)- Acessado em 03 abr 2013.
12. _____. UNICEF E MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê. Disponível em: [http: www.redehumanizaus.net-12013-guia-dos-direitos-da -gestante-e-do-bebê](http://www.redehumanizaus.net-12013-guia-dos-direitos-da-gestante-e-do-bebe). Acessado em 03 abr .2013.
13. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica/ Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS. Atenção Básica. v.2. Brasília: Ministério da Saúde. 2010, 256p. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/publicações/cadernos humanizaus atenção básica.pdf](http://bvms.saude.gov.br/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf). Acessado em 05 jun 2013.
14. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de baixo risco- Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica- Brasília: 318 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n 32). 2012.
15. COSTA, Elisa M. A; CARBONE, Maria H. Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar. Rubio: Rio de Janeiro, 2004. 195 p.
16. FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS (FTC). Orientações para a elaboração do projeto de intervenção. Elaborando o projeto de intervenção. Atividade orientada- pesquisa e prática pedagógica III.GEO –C 8. Educação a distância.6p.
17. FREITAS, Gil; VASCONCELOS, C.T.M; PINHEIRO, A.K.B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da

- saúde.Rev. Elet. Enf. (Internet), 11(2), 2009. (on line). Disponível em: www.fem.br.br-fem_revista_v11_n_2_v11n2a6h. Acessado em 22 mai 2013.
18. MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
 19. MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R.(Org.) **Os sentidos na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 2006.184p.
 20. NETO, E. T.S. ET al. O que os cartões de Pré-Natal das gestantes revelam sobre a assistência dos serviços dos SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória-Espírito Santo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28 (9): 1650-1662, set. 2012. Disponível em: www.scielo.br-scielo. Acessado em 10 jan. 2015.
 21. ONIAS, Juvercina M.T.C; CARVALHO, Jair, Antonio; ESCOBAR, Karin A. A. **Humanização e integralidade da atenção à saúde reprodutiva da mulher no sistema único de saúde – SUS**. Disponível em: www.itpac.br-hotsite-revista-artigos-61-2.pdf. Acessado em 03 abr 2013.
 22. ONIAS, Juvercina M.T.C; CARVALHO, Jair, Antonio; ESCOBAR, Karin A. A. **Humanização e integralidade da atenção à saúde reprodutiva da mulher no sistema único de saúde – SUS**. Disponível em: www.itpac.br-hotsite-revista-artigos-61-2.pdf. Acessado em 03 abr 2013.
 23. **Rede Cegonha conta com quase R\$ 9,4 bi para garantia da assistência segura e humanizada à mãe e ao bebê**. Disponível em: : http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalh eNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12362. Acesso em 21 out 2011
 24. **Rede Cegonha**. Disponível em:http://www.saude.rs.gov.br/dados/1311947317497rede_cegonha_27_04.pdf. Acesso em 21 out 201.
 25. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Superintendência da Educação. **Orientações sobre o projeto de intervenção pedagógica na Escola**. Diretoria de políticas e programas educacionais. Programa de desenvolvimento educacional. Curitiba, 2008. 9p.
 26. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atenção Integral a saúde da Mulher**. Programa Saúde da Mulher. Prefeitura Municipal. Florianópolis, 2010.

128p. Disponível em: www.prnf.sc.gov.br 05_08_2011. Acessado em 03 abr 2013.

27. SIM-SUVIGE-CPS, SESAP-RN. Fonte,.Acesso em 10 de out de 2014.
28. SOUSA, Maria Fátima de. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: _____; FRANCO, Marcos da S; MENDONÇA, A.M; **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes Editora, 2014, p.41-76.
29. PASCHE, Dario F.; PASSOS, Eduardo. **A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde**. 2008, 9p. Disponível em: <http://saúde.sc.gov.br/sistema/revista/index.php/inicio/article>. Acessado em 05 jun 2013.
30. PELLEGRINI, Virginia M. C.; JUNQUEIRA, Virgínia. Trajetória das políticas de saúde: a saúde coletiva e o atendimento ao idoso. In: PAPAEO NETTO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996, p. 373-393.
31. VILAR, Rosana L. A. **A política de humanização e a Estratégia Saúde da Família: visões e vivências**. 2009. 219 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Universidade Federal do Rio grande do Norte. Natal. 2009.
32. _____. **Humanização na Estratégia Saúde da Família**. 1ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2014. 240p.
33. WEHBY, G. L.P, MURRAY, J.C., CASTILHA, E. E., LOPEZ-CAMELO, J.S, OHSFELDT, R. L. **Prénatal cares effectiveness e and utilization in Brazil**. Health police plan 2009; 24: 176-88. Disponível em: [www.ncgbi.nlm.nih.gov-pubmed](http://www.ncgbi.nlm.nih.gov/pubmed). Acessado em 13 de jan de 2015.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÍBA

CURSO DE MEDICINA

ESTÁGIO EM SAÚDE COLETIVA

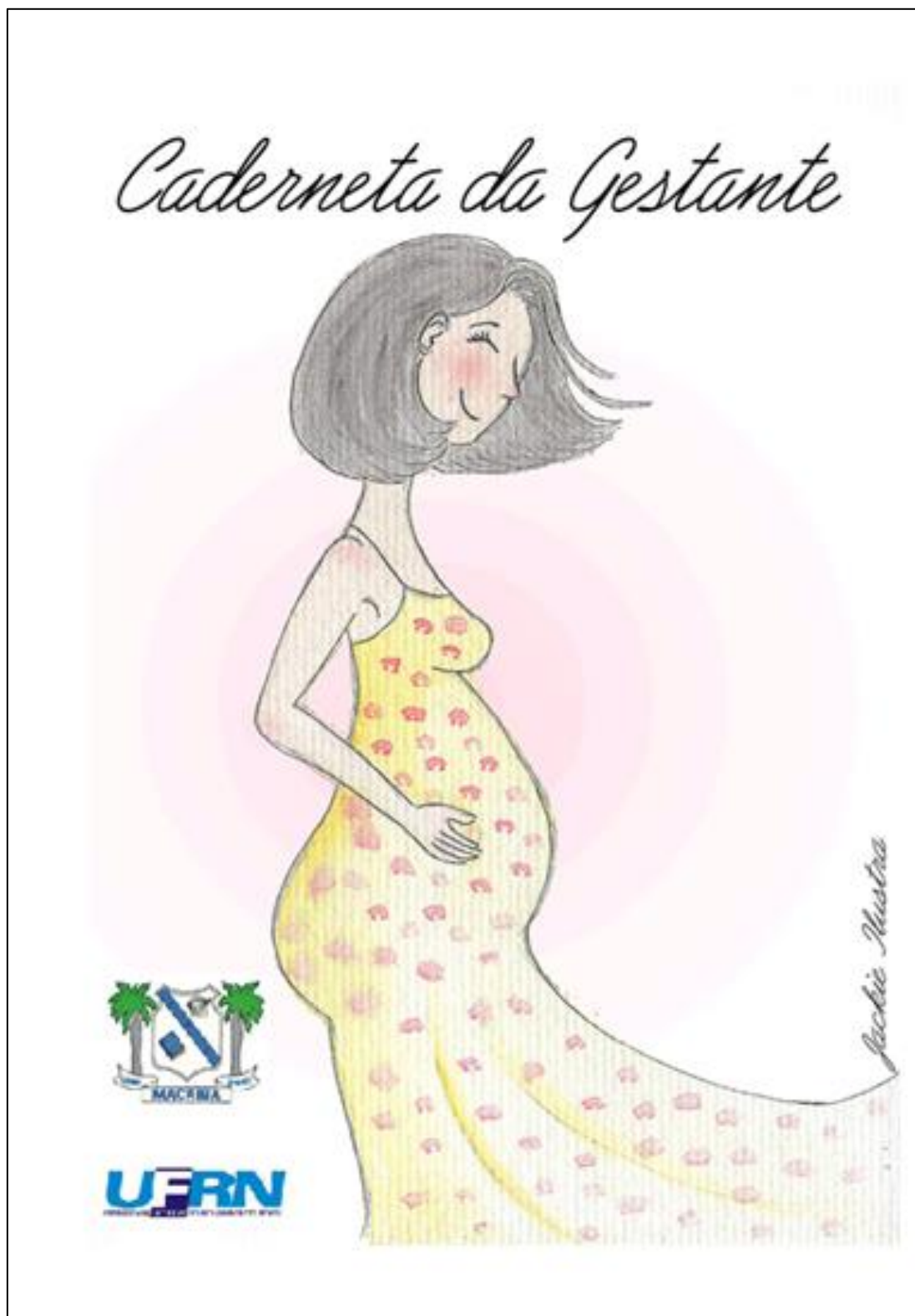
Caderneta da Gestante

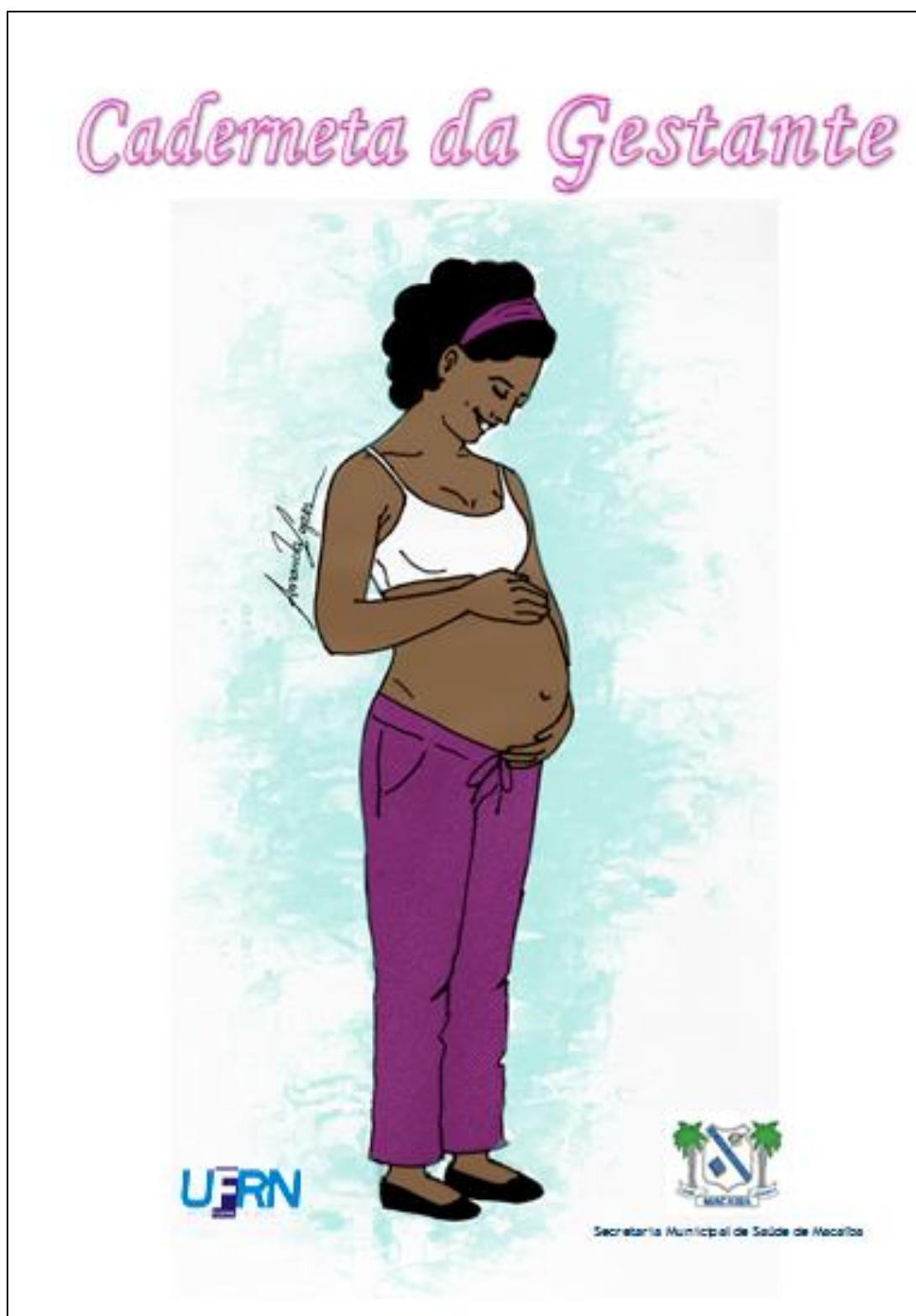
Nome da Gestante:

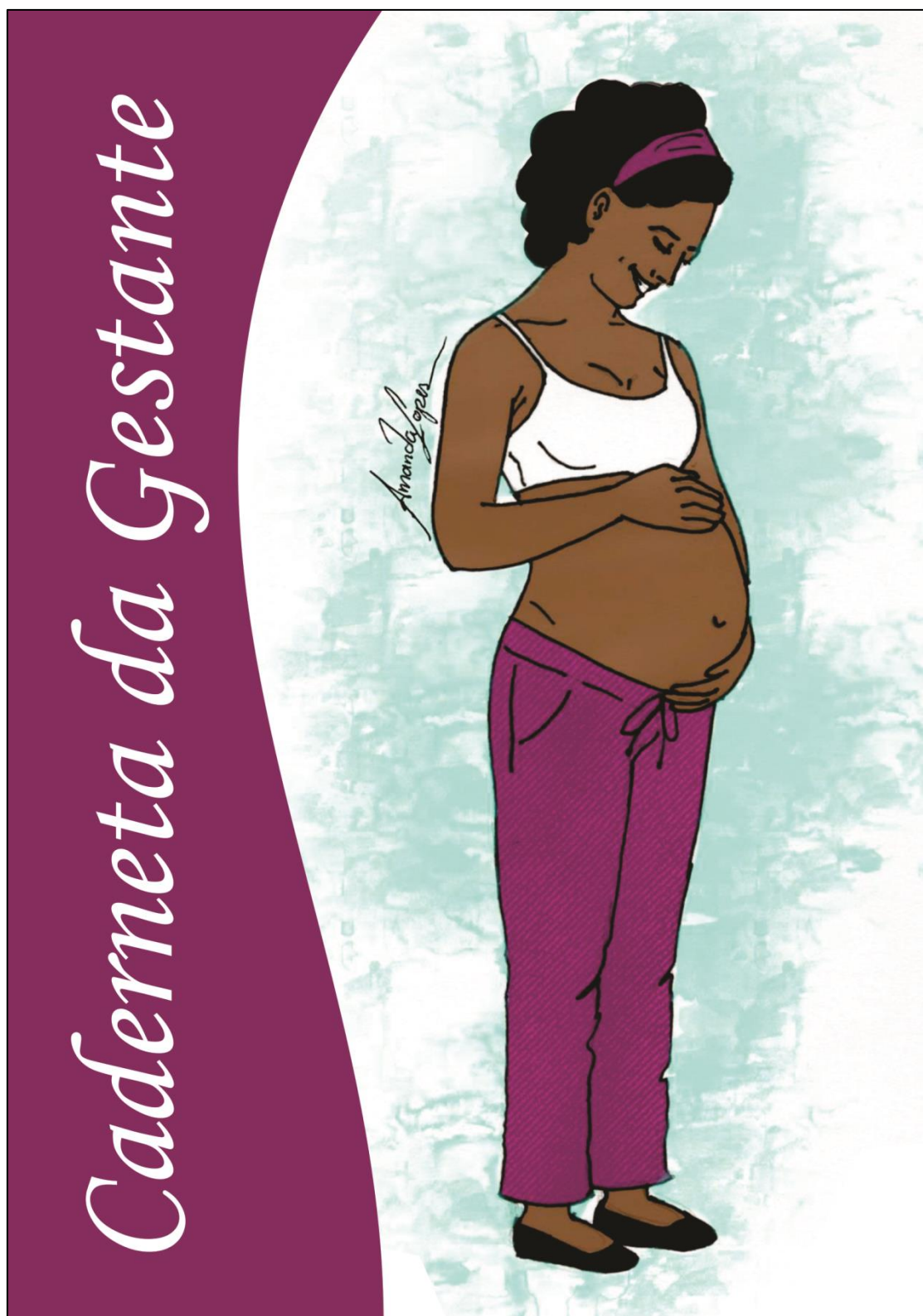
Número SIS-PRÉ NATAL: _____

Agendamento Pré-Natal:

Número	Data	Profissional
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		







APÊNDICE B – CADERNETA DA GESTANTE



Cuidando do Ninho da Cegonha



Nome da Gestante:

Número SIS – PRÉ-NATAL:

Número do CARTÃO SUS:

Agendamento Pré-Natal:

Data	Hora	Profissional	Local

SUMÁRIO

AGENDAMENTO	4
VOCÊ ESTÁ GRÁVIDA!	6
IDENTIFICAÇÃO	7
ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES	8
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	9
DIREITOS DA GESTANTE	10
ALTERAÇÕES NATURAIS NO CORPO DA MULHER GRÁVIDA	12
ALIMENTAÇÃO NA GESTAÇÃO	16
DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	18
ATIVIDADES FÍSICAS NA GESTAÇÃO	20
RELAÇÕES SEXUAIS NA GRAVIDEZ	21
SAÚDE BUCAL NA GRAVIDEZ	26
CONSULTA ODONTOLÓGICA	30
DOENÇAS MAIS COMUNS NA GRAVIDEZ	31
Cistite	31
Vulvovaginite	31
Anemia ferropriva	32
Diabetes mellitus gestacional	33
Pré-eclâmpsia	33
Trombose Venosa Profunda – TVP	34
Distúrbios da Tireoide	35
USO DE MEDICAMENTOS NA GESTAÇÃO	36
PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA GESTAÇÃO	37
SINAIS DE PERIGO NA GRAVIDEZ	39
REGISTRO DOS MOVIMENTOS FETAIS – MOBILOGRAMA, O QUE É	40
GESTAÇÃO ATUAL	42
GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DA GESTANTE	44
CURVA ALTURA UTERINA/IDADE GESTACIONAL	45
TEMPO DE GRAVIDEZ	46
REGISTRO DAS CONSULTAS DO PRÉ-NATAL – 1º TRIMESTRE	47
REGISTRO DAS CONSULTAS DO PRÉ-NATAL – 2º TRIMESTRE	53
REGISTRO DAS CONSULTAS DO PRÉ-NATAL – 3º TRIMESTRE	60
REGISTRO DOS MOVIMENTOS FETAIS – MOBILOGRAMA	74
RESUMO DAS CONSULTAS	75

CONSULTA PEDIÁTRICA NO PRÉ-NATAL	76
RESULTADO DE EXAMES	80
COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA	82
A HORA DA CEGONHA!	83
PARTO HUMANIZADO	85
DIREITO AO PARTO HUMANIZADO	86
LOCAL DO PARTO	89
CONDIÇÕES E TIPOS DE PARTO	90
VANTAGENS DO PARTO NORMAL	92
ASSISTÊNCIA AO RÉCÉM-NASCIDO	94
PUERPÉRIO FISIOLÓGICO	94
RELAÇÕES SEXUAIS E ANTICONCEPÇÃO NO PUERPÉRIO	96
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	97
DOENÇAS MAIS COMUNS NO PUERPÉRIO	98
USO DE MEDICAMENTOS NO PUERPÉRIO	101
AMAMENTAÇÃO	102
PEGA CORRETA	105
DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO	106
CONTRAINDICAÇÕES À AMAMENTAÇÃO	108
DOAÇÃO DE LEITE HUMANO	109
CONSULTA DO 5º DIA DE PUERPÉRIO DA MÃE	113
CONSULTA DO 5º DIA DE PUERPÉRIO DO(S) BEBÊ(S)	114
ALGUMAS ATRIBUIÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	115
CRONOGRAMA DE VISITAS DO ACS	116
ANOTAÇÕES E DÚVIDAS	117
ENCAMINHAMENTO	118
INFORMAÇÕES GERAIS	119

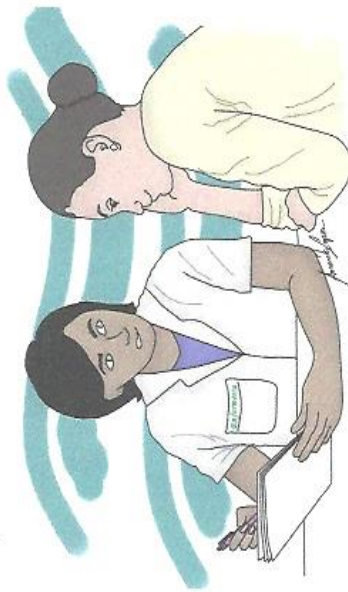
VOCÊ ESTÁ GRÁVIDA!

A Caderneta da Gestante é um documento importante para acompanhar a saúde e a evolução da sua gravidez.

A primeira parte contém informações sobre o pré-natal: orientações, registro de consultas e exames.

A segunda parte contempla informações sobre o parto.

A terceira parte é destinada ao esclarecimento das dúvidas em relação ao período pós parto e à amamentação.



Leve sempre a Caderneta da Gestante quando for às consultas de pré-natal.

Converse com o profissional de saúde, tire dúvidas e peça orientações para que sua gravidez se desenvolva da melhor maneira possível.

Solicite ao profissional de saúde que preencha a Caderneta da Gestante.

VOCÊ ESTÁ GRÁVIDA!

9

IDENTIFICAÇÃO

Nome da Gestante: _____
 Apellido: _____
 Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____
 Endereço: _____
 Telefone: _____
 UBS que frequenta: _____
 Agente de saúde: _____
 Nº Prontuário UBS: _____
 Nº do NIS (Bolsa Família) _____
 Pai da Criança ou Companheiro: _____
 Hospital/Maternidade de referência: _____
 Menor de 18 anos: Sim ☐ Não ☐
 Alfabetizada: Sim ☐ Não ☐
 Nível de Escolaridade:
 Analfabeta ☐ Fundamental ☐ Médio ☐ Superior ☐
 Anos de estudo completos: _____
 Estado Civil / União: Casada ☐ Solteira ☐
 Cor autodeclarada:
 Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐

IDENTIFICAÇÃO

7

ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

Familiars		
Histórico	Sim	Não
Gemelaridade		
Diabetes Mellitus		
Hipertensão		
Má-formação		
Outra		

Pessoais		
Histórico	Sim	Não
Infecção Urinária		
Infertilidade		
Cardiopatia		
Diabetes Mellitus		
Hipertensão		
Cirurgia Prévia		
Má-formação		
Asma		
DST		
Tabagismo		
Etilismo		
Outra		

ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

8

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gestações: _____ Partos: _____ Abortos: _____
 Gestações ectópicas: _____ Gemelares: _____
 Partos vaginais: _____ Cesáreos: _____
 Nascidos vivos: _____ Natimorto: _____ Filhos vivos: _____
 Morte 1ª semana: _____ Morte após 1ª sem: _____
 Causa do óbito: _____
 RN com < 2500g Sim ☐ Não ☐
 Nascimento com maior peso: _____
 Data do término da última gestação: ____/____/____
 Amamentação: Sim ☐ Não ☐ Duração: _____
 Dificuldades: _____
 Intercorrências em gestações anteriores: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

9

DIREITOS DA GESTANTE

- Gestantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário nas repartições públicas, empresas, concessionárias de serviços públicos e nas instituições financeiras. Empresas públicas de transporte precisam reservar assentos devidamente identificados a essas pessoas (Lei nº 10.048/2000).
- Toda gestante tem direito a mudar de função ou setor no trabalho, caso o mesmo possa provocar problemas para a saúde da mãe e do bebê. A solicitação deve ser comprovada por meio de atestado médico (Lei nº 9.799/1999).
- Estabilidade no emprego durante a gravidez e de até 5 meses após o parto. Ou seja, a mulher nesse período não pode ser demitida a não ser por "justa causa" (Art. 39 da CLT).
- Realização de consultas médicas e demais exames complementares, comprovados por declarações de comparecimento (Art. 392 da CLT).
- Dispensa do trabalho duas vezes por dia, por pelo menos 30 minutos, para amamentar, até o bebê completar 6 meses. Esses períodos podem ser negociados com o patrão e agrupados para uma hora (Art. 396 da CLT).

DIREITOS DA GESTANTE

10

- Atendimento pré-natal e pós-natal às mulheres e seus recém-nascidos em condições de privação de liberdade, devendo as unidades prisionais femininas oferecer berçários e creches para atender crianças entre 6 e 7 anos de idade, durante a permanência da mãe em cumprimento de pena (Lei nº 11.942/2009).
- Direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto (Lei nº 11.108/2005).
- A estudante grávida tem direito ao regime de exercícios domiciliares a partir do oitavo mês de gestação e durante 3 meses, podendo ser aumentado por necessidade de saúde, além do direito à prestação de exames finais (Lei nº 6.202/1975).
- O Registro Civil de Nascimento e a primeira via da Certidão de Nascimento são gratuitos para todos os brasileiros (Lei nº 9.534/1997).
- Em caso de aborto espontâneo, o salário-maternidade terá duração de 02 (duas) semanas (Art. 395 da CLT).
- Licença-maternidade de 120 dias com o pagamento do salário integral e benefícios legais a partir do oitavo mês de gestação (Lei nº 10.241/2002, art. 392 da CLT). No caso de o empregador fazer parte do Programa Empresa Cidadã, a licença será de 180 dias (Lei nº 11.770/2008). Funcionárias de muitos estados e municípios e todas as funcionárias federais já conquistaram esse direito.

DIREITOS DA GESTANTE

11

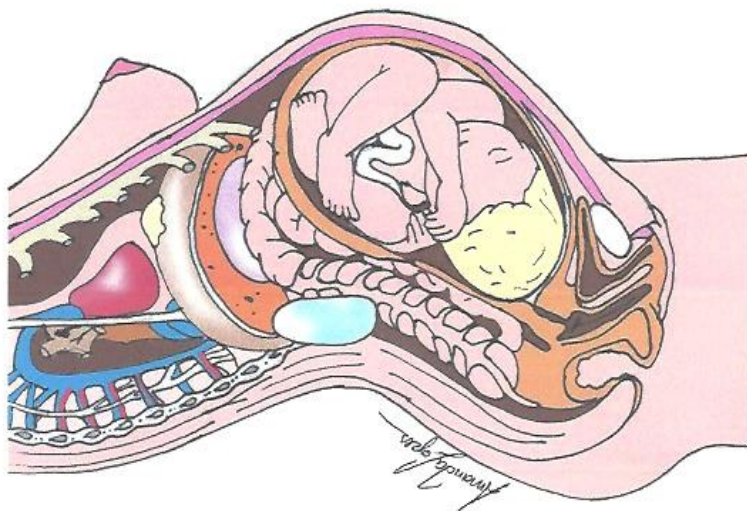
- Licença-paternidade de cinco dias ao empregado em caso de nascimento de filho, sem prejuízo do salário (Art. 473 da CLT).

ALTERAÇÕES NATURAIS NO CORPO DA MULHER GRÁVIDA

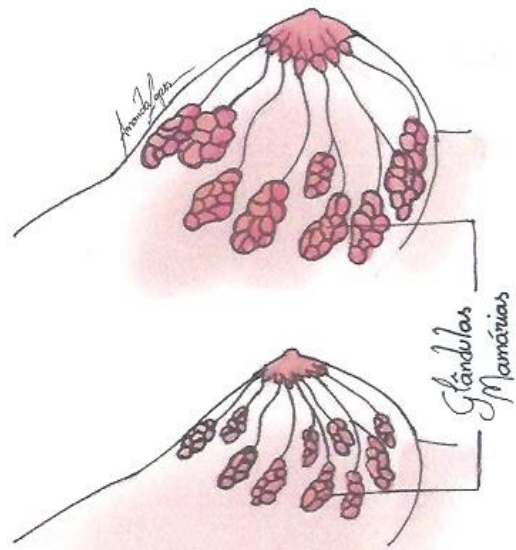
As alterações corporais ocorridas durante a época da gravidez preocupam algumas mulheres. Mas deve-se ter cuidado para diferenciar as alterações normais do corpo durante a gravidez, que ocorrem naturalmente durante essa fase, daquelas que podem mostrar que a mulher está desenvolvendo alguma doença relacionada ou não a gravidez.

Quando falamos das alterações internas do corpo, que acontecem com os órgãos da mulher, podemos citar as alterações sofridas no útero, o local onde o bebê está se desenvolvendo. O útero aumentará seu tamanho cerca de 20 vezes, crescendo aproximadamente 4,0 centímetros por mês, da mesma forma a sua espessura também aumentará, o que permitirá que ele inicie as contrações ao final da gravidez, dando início ao trabalho de parto. Haverá uma modificação que predomina no colo uterino, local por onde o bebê sairá na hora do parto, o qual ficará mais macio e com mais vasos. Os ovários, onde são produzidos os óvulos, sofrerão a ação de hormônios (progesterona e estrogênio), como resultado não haverá mais liberação de óvulos e nem menstruação durante o período.

Com o aumento do útero ocorre a compressão dos rins e da bexiga, o que pode levar ao aumento da frequência com que se precisa ir ao banheiro urinar, além de facilitar a ocorrência de infecção urinária e formação de cálculos renais ("pedras nos rins") levando a crises de dor.



As mamas terão um aumento de seu tamanho e do número de vasos, o que às vezes pode ficar evidente em algumas mulheres, por ficarem facilmente visíveis através da pele. Ocorrerá ainda o escurecimento das aréolas (a parte central da mama) e proliferação dos ductos e lóbulos das glândulas responsáveis pela produção do leite, tudo isso com o objetivo de preparar o corpo para amamentar o bebê após seu nascimento.



Uma alteração que pode levá-la a ter problemas durante o período da gestação é o aumento da pressão. Esse é um dos principais motivos pelo qual as mulheres necessitam fazer o acompanhamento regular no médico com o pré-natal, para avaliar regularmente se a pressão está dentro dos níveis normais. Caso haja um aumento além do considerado normal, haverá a chamada hipertensão gestacional e a gestante deve ter e receber cuidados a mais para evitar complicações na hora do parto. Essa alteração ocorre com maior frequência a partir do quarto mês de gestação, e pode levar a cansaço, indisposição para realização de atividades mais pesadas e palpitações, porém a pressão tende a normalizar-se após o parto.

Frequentemente as grávidas enfrentam problemas digestivos tendo mais facilmente a sensação de queimação. A retenção de líquidos é comum, podendo haver, consequentemente, inchaço nos pés e nas pernas.

Um aumento da pigmentação (escurecimento), de certas partes do corpo é observado nas axilas, mamilos, períneo e há a formação da linha nigra, que é uma linha de coloração escura formada no centro da barriga da mulher. Um aumento de estrias mais escuras pode ser observado no abdome, além de uma vermelhidão em mãos, mamas e abdome.

Lembrar que todas essas alterações são decorrentes das mudanças hormonais da gravidez, vindo, na maioria dos casos, a normalizar-se posteriormente ao parto.

ALIMENTAÇÃO NA GESTAÇÃO

O ganho de peso durante a gestação é menor nos primeiros três meses e vai aumentando com o passar do tempo. Ganhar muito peso ou não ganhar o peso necessário pode trazer problemas para a gestação.

Não existe uma dieta específica para as grávidas. Elas devem manter uma alimentação saudável e balanceada, assim como as outras mulheres não gestantes. O ideal seria iniciar a gestação com o peso adequado e ir ganhando conforme o passar dos meses.

As grávidas obesas têm maior risco de parir bebês grandes (macrossômicos). As mulheres que estejam acima do peso no início da gravidez não devem perder peso durante a gestação, pois esse não é momento adequado para realizar dietas para emagrecer. O ganho de peso para as gestantes com obesidade moderada deve ser de aproximadamente 7 kg.

Ganhar muito peso é um risco para desenvolver:

1. Hipertensão arterial
2. Diabetes gestacional
3. Obesidade pós-parto
4. Crescimento exagerado do feto
5. Complicações durante o parto.

O ganho de peso insuficiente também é um risco para a gestante e para o bebê, dificultando o trabalho de parto. Em mães desnutridas, há maior tendência a recém-nascidos de baixo peso e a parto prematuro. O ganho de peso durante a gestação para as grávidas com desnutrição é de 9 a 13 kg, somando-se a diferença de peso necessário para chegar ao peso ideal.

As mães com peso adequado no início da gestação possuem um ganho de peso estimado em 9 a 13 kg.



DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

1. Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições beba água, pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) por dia (evite pular as refeições).
2. Inclua diariamente nas refeições seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, pão e alimentos feitos com farinha de trigo e milho), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim. Dê preferência aos alimentos na sua forma mais natural, pois além de serem fontes de carboidratos, são boas fontes de fibras, vitaminas e minerais.
3. Procure consumir diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
4. Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e excelente para a saúde.
5. Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retire a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação, tornando esses alimentos mais saudáveis!

6. Diminua o consumo de gorduras. Consuma, no máximo, uma porção diária de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atenta aos rótulos dos alimentos e prefira aqueles livres de gorduras trans.
7. Evite refrigerantes e sucos industrializados, biscoitos recheados e outras guloseimas no seu dia a dia.
8. Diminua a quantidade de sal na comida e retire o sal da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas prontas, molhos e temperos prontos.
9. Para evitar a anemia, consuma diariamente alimentos fontes de ferro como: carnes, vísceras, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e outros. Consuma junto desses alimentos fontes de vitamina C como: acerola, laranja, caju, limão e outros. Procure orientação de um profissional de saúde para complementar a sua ingestão de ferro.

10. Mantenha o seu ganho de peso gestacional dentro de limites saudáveis. Pratique, seguindo orientação de um profissional de saúde, alguma atividade física e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

A alimentação saudável junto com a prática de exercícios físicos é a melhor forma de ter um ganho de peso adequado.



Praticar exercícios físicos de forma leve ou moderada faz bem tanto para a gestante quanto para o bebê. Ajuda a:

1. Reduzir a dor nas costas, inchaço, a pressão arterial e o risco de diabetes gestacional;
2. Prevenir trombozes e varizes;
3. Controlar o ganho de peso;
4. Melhorar a autoestima.

O parto também ocorre de forma mais fácil em mulheres que se exercitam, os bebês apresentam um crescimento mais saudável dentro do útero da mãe, tendem a nascer no tempo certo, e no período pós-parto a volta ao peso anterior ocorre com mais facilidade.

A gravidez não é uma doença! A mulher durante uma gestação sem complicações pode e deve realizar exercícios físicos de intensidade leve a moderada, de forma frequente, de três a cinco vezes por semana, de acordo com sua capacidade física.

Caminhadas e natação são exercícios físicos recomendados durante a gravidez, tomando cuidado com a intensidade e o excesso de atividade física.

1. Atividades competitivas envolvendo artes marciais ou levantamento de peso
2. Atividades com movimentos repetitivos ou que exijam pulos, jogos com bola, mergulho.
3. Exercícios que se realizam deitados (não devem ser realizados no 3º trimestre)

Se a grávida apresentar perda de líquido pela vagina, dor no peito, sangramento vaginal, enxaqueca, cansaço, inchaço importante, problemas de coluna, náuseas, dor abdominal, contrações uterinas, fraquezas musculares e tontura ou redução dos movimentos do feto durante a atividade ou em qualquer momento, deve suspender o exercício físico e procurar orientação médica.

Realize exercícios físicos de leve a moderada intensidade, sem exageros!



NÃO DEVEM SER REALIZADAS

22

RELAÇÕES SEXUAIS NA GRAVIDEZ

Sentir prazer e desejo sexual na gestação é algo que depende da interação do casal e pode repercutir sob diversos aspectos no desenvolvimento psíquico da gestante e de seu companheiro, permitindo-lhes criar maneiras sexuais adaptativas. Durante a gravidez os hormônios podem influenciar a mulher de diferentes formas. Inclusive, o humor pode sofrer variações que devem ser consideradas naturais e tratadas pelo casal, devendo o companheiro agir com paciência.

É importante que o parceiro saiba que este é um estágio normal e transitório da gravidez e que ele precisa apoiar e compreender a parceira neste momento importante.



23

É comum no Primeiro Trimestre da Gravidez acontecer uma inibição da atividade sexual em função de problemas fisiológicos (como enjoos, vômitos, dores de cabeça, azia, mamas doloridas, etc), medo de perder o bebê, rejeição ao parceiro ou a própria gravidez e aspectos religiosos e culturais.

No entanto, mesmo que esteja cansada para manter relações sexuais, não esqueça que carícias e beijos fazem parte da relação afetiva do casal. É importante lembrar que se a relação sexual for contraindicada, o casal possui outras possibilidades de satisfação sexual que devem ser aconselhadas, como a estimulação genital mútua.

No Segundo Trimestre, a mulher se sente mais segura e acostumada com a gravidez, afastando assim a ideia de perder o bebê. Neste período o interesse pode aumentar e a mulher passa a vivenciar com maior satisfação sua sexualidade por causa da estabilidade da gravidez.

É importante a presença do companheiro nas consultas do pré-natal, o mesmo pode se expressar e receber as recomendações dos profissionais de saúde, bem como esclarecer suas dúvidas e compartilhar o momento da gestação a espera do novo membro da família.

A restrição à atividade sexual deve ser feita apenas a critério médico, por causa de patologias como placenta prévia ou alto risco de prematuridade.

No Terceiro Trimestre, muitas mulheres devido às mudanças físicas ocorridas, principalmente o aumento do ventre e do peso, sentem-se feias e gordas, não se achando atraentes, demonstrando uma queda na autoestima.

Durante o Terceiro Trimestre o útero aumentado e o retorno de alguns desconfortos gravídicos podem provocar diminuição da atividade sexual.

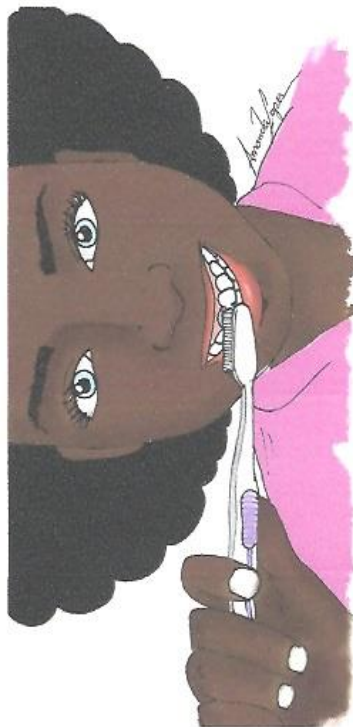
**Converse com seu (sua) pré-natalista
e tire suas dúvidas!**



**LEMBRAR QUE EM QUALQUER FASE DA
GRAVIDEZ O CASAL NÃO PODE ESQUECER O USO
DO PRESERVATIVO OU CAMISINHA!**

SAÚDE BUCAL NA GRAVIDEZ

Durante a gestação, seus dentes e gengivas precisam de cuidados especiais. Uma escovação adequada, o uso diário do fio dental, uma alimentação equilibrada e visitas periódicas ao dentista são medidas que ajudam a reduzir as doenças bucais que podem acontecer durante a gestação, orientando o cuidado pessoal da mulher como também o futuro da criança.

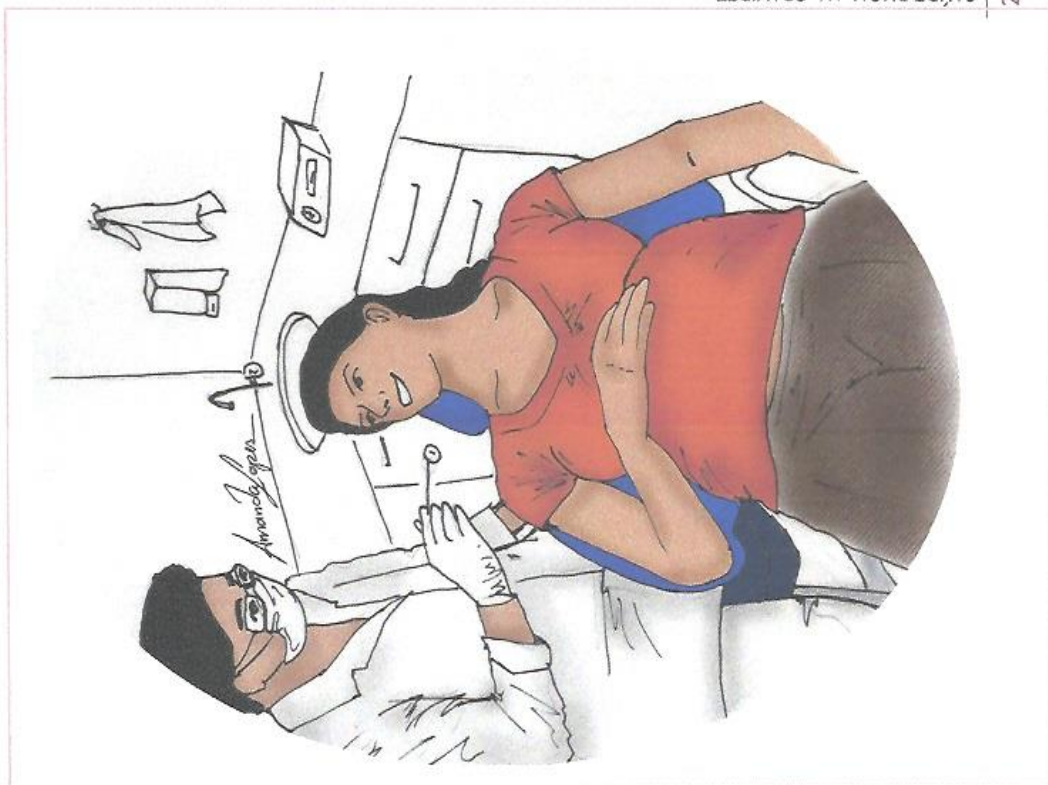


Mudanças nos hábitos alimentares podem fazer com que a mulher fique mais sujeita a adquirir cáries, que são bactérias que se desenvolvem nos dentes e que levam a sua destruição. Você pode ajudar ainda mais a saúde de seus dentes, substituindo os doces por alimentos integrais tais como queijo, verduras e frutas frescas. É frequente o aumento da pigmentação dos lábios e das gengivas. Tudo isso desencadeado por alterações hormonais da gravidez.

Os estudos revelam que um grande número de mulheres tem inflamação na gengiva (gingivite) durante a gravidez, com acúmulo de placa bacteriana (biofilme bacteriano) que se deposita nos dentes irritando a gengiva. Mantendo seus dentes sempre limpos, especialmente na região em que a gengiva e os dentes se encontram, você pode reduzir significativamente ou até evitar a gingivite durante a gravidez. É importante ressaltar que as gestantes portadoras de doenças gengivais têm maior propensão a dar à luz a bebês prematuros e de baixo peso, e que essas doenças aumentam os níveis dos fluidos biológicos que estimulam o trabalho de parto.



O melhor período para o tratamento dentário na gestação é entre o quarto e o sexto mês, porque os três primeiros meses são os mais importantes no desenvolvimento da criança. E, no último trimestre da gravidez, o estresse associado com a consulta ao dentista pode aumentar a incidência de complicações pré-natais.



CONSULTA ODONTOLÓGICA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18	27	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

IG da 1ª consulta: _____ IG da última consulta: _____

Tipo de patologia	1ª consulta	Última consulta
Cárie		
Gengivite		
Periodontite		
Granuloma piogênico		
Erosão dentária		

Plano de Trabalho

parte da flora vaginal normal, se multiplica e passa para a vagina.

Os principais sintomas são: corrimento de cor esbranquiçada, ardor ao urinar e coceira.

Para tratar, são receltados cremes vaginais antifúngicos por até sete dias para aliviar o incômodo. Não há riscos no tratamento para a mãe ou o bebê.

Para prevenir, basta uma boa higiene, roupas adequadas para a temperatura e umidades locais, atividade física e alimentação balanceada (ver o tópico "Alimentação na Gestação").

Anemia ferropriva

É a deficiência de ferro que interfere no transporte de oxigênio para as células. Surge na gravidez devido a uma alimentação inadequada, com a não reposição de ferro.

Os sintomas são: fraqueza, palidez, falta de fôlego, sono excessivo.

O tratamento é com medicamentos orais ou injeções à base de ferro.

A prevenção é com suplementação de vitaminas e alimentos ricos em ferro, como carnes vermelhas, couve, alface, pepino, feijão branco, gema de ovo, jerimum, melão, abacate, manga, entre outras fontes de ferro. É preciso também consumir alimentos que tenham vitamina C, como suco de laranja ou acerola, pois a vitamina C colabora para a absorção do ferro.

Diabetes mellitus gestacional

São elevações nas taxas de açúcar no sangue que aparecem ou são detectadas pela primeira vez na gestação. Podem continuar ou não depois do nascimento do bebê.

Os fatores de risco para que isso ocorra são: histórico familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, pressão alta, idade superior a 35 anos, obesidade ou excesso de peso na gravidez, já ter dado à luz a um bebê com peso acima de 4 kg ou com deformação congênita.

Os sintomas são: sede, aumento na quantidade de urina, náusea, vômito, infecções frequentes e visão embaçada.

Para tratar, recomenda-se dieta pobre em doces, açúcares e carboidratos (açúcar, mel, rapadura, pão, bolachas, biscoitos, farinha, etc); e, nos casos necessários, injeções de insulina. Quando descompensado, o diabetes gestacional pode antecipar o parto ou até mesmo provocar a morte do feto.

Pré-eclâmpsia

É o aumento da pressão arterial no terceiro trimestre da gestação (essa elevação é restrita à gravidez, pois após o parto a pressão volta ao normal). A explicação de seu surgimento na gravidez envolve um conjunto de explicações e dentre elas, há relação com alterações na placenta.

Os principais sintomas são: inchaço, espuma na urina, dor de cabeça e de estômago, dores abdominais, vista embaalhada e visão com pontos luminosos.

O tratamento deve ser com repouso, controle da pressão, medicamentos e dieta com pouco sal. É importante que a gestante tenha um consumo diário de cálcio (leite,iogurte natural, sardinha e melão escuro) em torno de 01 a 02 gramas por dia, assim como alimentos ricos em ômega 03 e 06 (sardinha, atum, óleo de linhaça, azeite de oliva, tilápia, crustáceos e vegetais de folhas verdes escuro). Não esquecer que deve ser feito um acompanhamento pré-natal regular, principalmente no final da gestação. Os casos mais graves de pré-eclâmpsia podem evoluir para a eclâmpsia (com convulsão e risco de morte para a mãe e o bebê), devendo haver assistência especial.

Trombose Venosa Profunda – TVP

Grávidas têm chance seis vezes maior de ocorrência de tromboembolismo venoso, que é a formação de coágulo, geralmente nas pernas, que atrapalham a circulação. Os principais sintomas são dor de forte intensidade e inchaço. Mas cerca de metade das gestantes que apresentam Trombose Venosa Profunda (TVP) não apresentam sinais clínicos característicos, enquanto que 30 a 50% das que apresentam sintomas não possuem a doença. O diagnóstico pode ser feito através de um exame de imagem chamado Eco Doppler (ultrassom das pernas).

Os principais fatores de risco associados à TVP são:

- Idade acima de 30 anos;
- Obesidade;
- Permanência prolongada no leito;
- Muitos filhos;
- Cesariana; e,
- Varizes.

Enfatizamos que o risco de TVP aumenta no período de 06 (seis) semanas após o parto, duplicando-se caso o parto for cesariana. Recomendamos que para evitar a TVP a mulher, após o parto, deve levantar-se da cama o mais rápido possível.

Distúrbios da Tireoide

São alterações da glândula localizada na parte anterior do pescoço que produz os hormônios chamados T3 e T4, regulando o crescimento, a digestão e o metabolismo.

Os sintomas podem ser: cansaço excessivo, ganho de peso e aumento do sono, quando há diminuição dos hormônios (hipotireoidismo); ou perda de peso, taquicardia e agitação, quando há aumento dos hormônios (hipertireoidismo).

O tratamento é feito com hormônios, dependendo da atividade da glândula. Não há como evitar que surjam esses distúrbios, mas quando o problema é percebido, é necessário manter um controle rigoroso durante toda a gestação, pois pode alterar o crescimento do feto, provocar aborto, parto prematuro e até levar a morte do bebê.

USO DE MEDICAMENTOS NA GESTAÇÃO

A grande maioria dos remédios pode chegar até o feto passando pela placenta. Portanto, a grávida deve evitar qualquer medicação, especialmente no 1º trimestre (os 03 primeiros meses de gravidez), devendo usar somente se o médico achar realmente necessário.

O uso de remédios na gravidez é guiado através da sua classificação de risco nessa fase:

- ✓ **Classe A e B:** o remédio pode ser usado na dose recomendada. Como ácido fólico, levotiroxina (remédio para Tireoide), sulfato ferroso (prevenir anemia), ácido fólico (evitar má formação do feto) e paracetamol (combater dor e febre);
- ✓ **Classe C:** o remédio só deve ser usado se não houver uma droga alternativa. Como por exemplo, ácido ascórbico (vitamina C) e dipirona (combater dor e febre);
- ✓ **Classe D:** só usar em casos excepcionais. Como por exemplo: diazepam (sedativo) e atenolol (pressão alta);
- ✓ **Classe X:** não deve ser usado em mulheres grávidas ou que pretendem engravidar. Como por exemplo: atorvastatina (baixar colesterol) e estradiol (hormônio feminino).

Usar medicamentos somente sob orientação médica!

PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA GESTAÇÃO

Mulheres grávidas estão sujeitas ao mesmo risco de sofrer acidentes quando comparadas com aquelas não grávidas, mas algumas situações devem ser evitadas, por serem mais perigosas às gestantes.

Quando relacionado ao transporte, as mulheres devem ser orientadas a utilizar o cinto de 03 pontos quando andar de carro, já que caso um acidente ocorra, o impacto sofrido pela gestante e pelo feto será menor. Quanto às motocicletas, o seu uso é absolutamente não recomendado para mulheres grávidas, devido aos altos riscos a que estão submetidas nesse transporte, e que quando envolvem acidentes, esses costumam ser sérios.



Outra coisa preocupante é que muitas mulheres continuam fazendo suas atividades durante a gestação como faziam quando não estavam grávidas. Deve-se ter cuidado especial nas atividades domésticas, principalmente no que diz respeito ao trabalho na cozinha, lidando com fogo, panelas e líquidos quentes, além de choque elétrico, pois com o crescimento da barriga pode-se confundir a noção de espaço. Lembrar que gravidez não é doença, mas exige das mulheres um cuidado especial com suas atividades, devendo evitar sempre atividades que exijam grande esforço físico, principalmente com o carregamento de pesos.



SINAIS DE PERIGO NA GRAVIDEZ

Os riscos de perder o bebê são maiores no início da gravidez, mas a gestante deve estar atenta, durante toda a gestação, aos sinais que podem indicar problemas ou risco de perder o bebê:

- Perda de líquido pela vagina
- Sangramento pela vagina
- Febre alta
- Dor de cabeça
- Visão embaçada, com "estrelinhas"
- Vômitos frequentes
- Dores e cólicas muito fortes
- Ardência ao urinar
- Inchaço nas mãos (ficar atenta a objetos que podem cair das mãos), braços, pernas ou rosto
- Ganho de peso repentino
- Bebê que de repente fica sem se mexer por muito tempo na barriga da mãe.

Se a gestante perceber algum desses sinais, deve ir à UBS. O profissional de saúde vai avaliar se há necessidade de referir a gestante para o serviço especializado para a conduta adequada.

REGISTRO DOS MOVIMENTOS FETAIS MOBIOLOGRAMA, O QUE É?

Os movimentos fetais ou "mexidas da barriga" são indicadores da vitalidade do feto, devendo apresentar, no mínimo, 12 movimentos por hora. No último trimestre, muitas vezes, as gestantes percebem a diminuição das "mexidas", levando-as a procurarem o serviço de saúde preocupadas com a gravidez, contudo, esta diminuição pode ser normal. No entanto, nunca se deve subestimar a queixa da gestante, mesmo quando o profissional de saúde, em sua avaliação clínica, considerar normal os movimentos fetais.

Apesar de demonstrar bons resultados quando realizado corretamente não deve ser considerado definitivo na avaliação da vitalidade fetal. Na dúvida, procurar orientação médica.

**Veja tabela de acompanhamento nas consultas
relativas ao Terceiro Trimestre**

REGISTRO DOS MOVIMENTOS FETAIS MOBIOLOGRAMA, O QUE É?

40

IMUNIZAÇÃO



A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto.

Vacinação Antitetânica prévia completa: Sim ☐ Não ☐

Última dose/reforço > 5 anos: Sim ☐ Não ☐

Doses necessárias:

DATA	LOTE	VALIDADE	ASSINATURA

Vacinação Hepatite B prévia completa: Sim ☐ Não ☐

Doses necessárias:

DATA	LOTE	VALIDADE	ASSINATURA

Vacina Influenza prévia: Sim ☐ Não ☐

DATA	LOTE	VALIDADE	ASSINATURA

IMUNIZAÇÃO

42

GESTÃO ATUAL

Peso atual: _____ kg Altura: _____ cm

DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____

Hospitalização na gravidez: Sim ☐ Não ☐

Quando: ____/____/____ Duração/motivo: _____

Grupo ABO-Rh: _____ Sensibilização prévia: Sim ☐ Não ☐

Grupo ABO-Rh do pai da criança: _____

Transfusão Sanguínea: Sim ☐ Não ☐ Data: ____/____/____

Local onde ocorreu a transfusão: _____

Fumo: Sim ☐ Não ☐ Cigarros/dia: _____

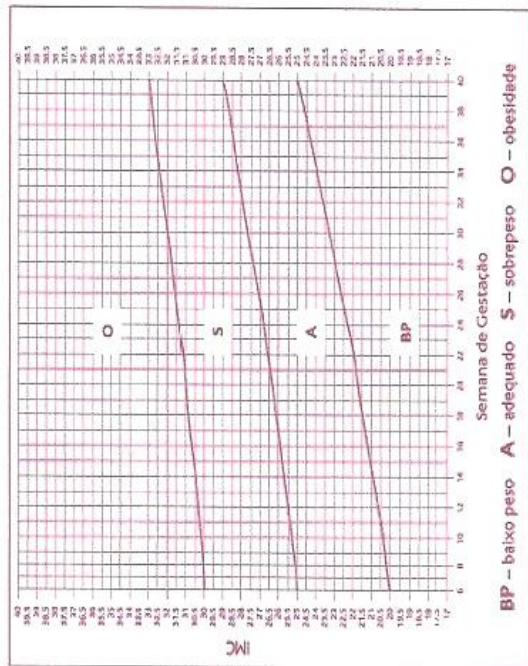
Álcool: Sim ☐ Não ☐ Frequência: _____

Intercorrências até 1ª consulta: _____

GESTÃO ATUAL

43

GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DA GESTANTE



O Índice de Massa Corporal é uma ferramenta que indica se a pessoa está dentro dos parâmetros ideais de peso. Quanto mais abaixo esse índice estiver do limite inferior (18,5) e acima do valor 40, maiores os riscos para a saúde.

Quando o resultado estiver acima de 18,5 e abaixo de 25 o mesmo é considerado normal.

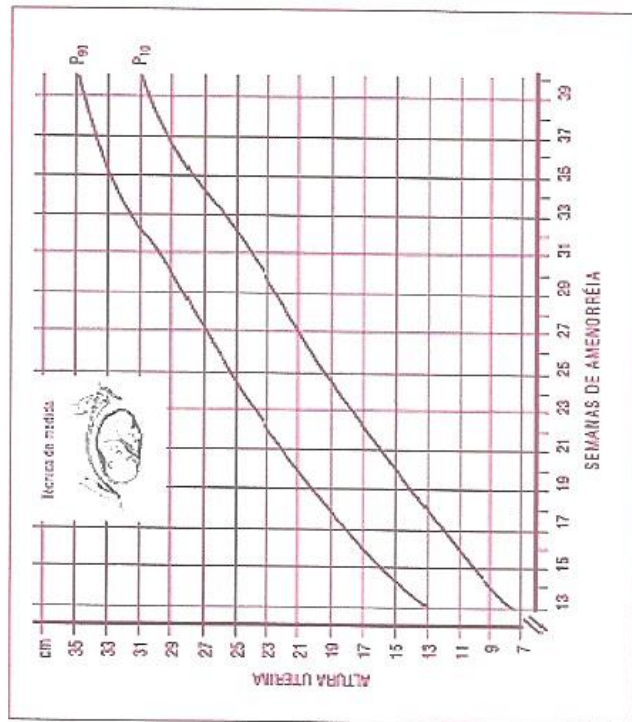
Obtém-se o resultado dividindo o peso da pessoa em quilos pela altura em metros elevada ao quadrado.

$$IMC = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura} \times \text{Altura}}$$

GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DA GESTANTE

44

CURVA ALTURA UTERINA/IDADE GESTACIONAL



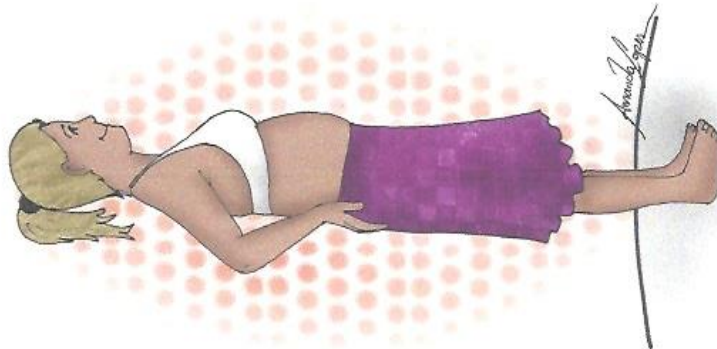
45

REGISTRO DAS CONSULTAS DO PRÉ-NATAL

TEMPO DE GRAVIDEZ

TRIMESTRES	MESES	SEMANAS E DIAS
Primeiro	1º Mês	04 Semanas e 03 Dias
	02 Meses	08 Semanas e 05 Dias
	03 Meses	13 Semanas
Segundo	04 Meses	17 Semanas e 03 Dias
	05 Meses	21 Semanas e 06 Dias
	06 Meses	26 Semanas e 01 Dia
	07 Meses	30 Semanas e 03 Dias
Terceiro	08 Meses	34 Semanas e 05 Dias
	09 Meses	39 Semanas
	09 Meses + 01 Semana	40 Semanas

Primeiro Trimestre



REGISTRO DAS CONSULTAS DO PRÉ-NATAL

Primeiro Trimestre

Nesse período é importante que o profissional de saúde na Primeira Consulta realize uma boa anamnese, prescrevendo ácido fólico (para a prevenção de anormalidades congênitas do tubo neural) e sulfato ferroso (prevenção da anemia), não esquecendo de solicitar os exames laboratoriais rotineiros específicos do pré-natal, enfatizando que entre a 11ª semana e a 13ª e 06 (seis) dias requiera um ultrassom para avaliar risco de má formação fetal (translucência nucal) para rastreamento de anomalias cromossômicas.

REGISTRO DAS CONSULTAS DO PRÉ-NATAL

48

1ª CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG: __ Peso: __ IMC: __

PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Exame Clínico:

Normal Alterado

Pele

Mucosas

Tireóide

Linfonodos

Mamas

ACV

AP

Abdome

Colo uterino

Outros

Resultado de outros exames:

Orientação/condução:

Profissional: __ CRM/COREN: __

1ª CONSULTA

49

__a CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames:

Orientação/condução:

Não esquecer de preencher o Resumo das Consultas – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

1ª CONSULTA

50

__a CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames:

Orientação/condução:

Não esquecer de preencher o Resumo das Consultas – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

1ª CONSULTA

51

__ª CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames:

Orientação/condução:

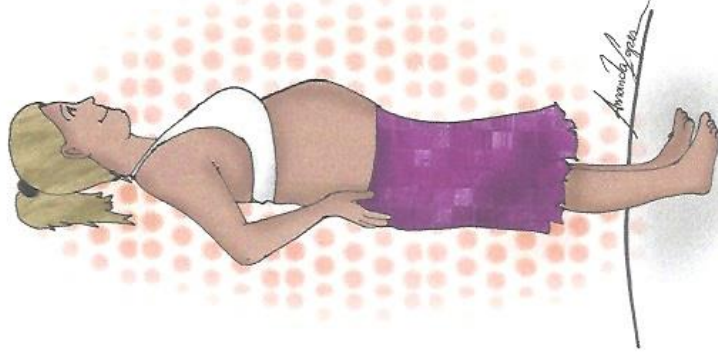
Não esquecer de preencher o Resumo das Consultas – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

__ª CONSULTA

52

Segundo Trimestre



__ª CONSULTA

53

REGISTRO DAS CONSULTAS DO PRÉ-NATAL

Segundo Trimestre

O profissional de saúde no Segundo Trimestre deve avaliar fatores de risco para Diabetes Gestacional, solicitando teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realizar este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana). Observar o Coombs indireto (se for Rh negativo) e requerer realização de ultrassom morfológico entre 20 e 24 semanas para rastreamento de má formação fetal. Manter Sulfato Ferroso.

54

__ª CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames: _____

Orientação/conduita: _____

Não esquecer de preencher o Resumo das Consultas – Pag. 75

Profissional: __ CRM/COREN: __

__ª CONSULTA

55

___ª CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames:

Orientação/conduta:

Não esquecer de preencher o Resumo das Consultas – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

___ª CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames:

Orientação/conduta:

Não esquecer de preencher o Resumo das Consultas – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

__a CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames:

Orientação/conduta:

Não esquecer de preencher o Resumo das Consultas – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

__a CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

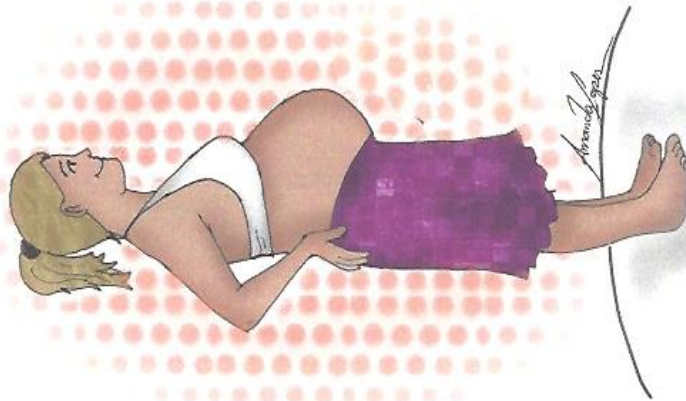
Resultado de outros exames:

Orientação/conduta:

Não esquecer de preencher o Resumo das Consultas – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

Terceiro Trimestre



Não existe "alta" do pré-natal antes do parto!

1ª CONSULTA

60

REGISTRO DAS CONSULTAS DO PRÉ-NATAL

Terceiro Trimestre

É importante lembrar para o Profissional de Saúde que a maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Assim, recomenda-se que as consultas da 28ª até a 36ª semana sejam realizadas quinzenalmente; e da 36ª até a 41ª semana, sejam semanalmente.

Neste período faz-se necessário os seguintes exames: Hemograma, Glicemia em jejum, Coombs indireto (se for Rh negativo), VDRL, Anti-HIV, Sorologia para hepatite B (HbsAg), Urocultura + urina tipo I (sumário de urina - SU), repetir o exame de toxoplasmosse se o IgG não for reagente, Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação).

Manter o Sulfato Ferroso.

REGISTRO DAS CONSULTAS DO PRÉ-NATAL

61

__a CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames: _____

Orientação/conduta: _____

Não esquecer de preencher o Resumo das Consultas – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

1ª CONSULTA

62

__a CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames: _____

Orientação/conduta: _____

Não esquecer de preencher o Resumo das Consultas – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

1ª CONSULTA

63

___ a CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames: _____

Orientação/conduta: _____

Não esquecer de preencher o **Resumo das Consultas** – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

___ a CONSULTA

64

___ a CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames: _____

Orientação/conduta: _____

Não esquecer de preencher o **Resumo das Consultas** – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

___ a CONSULTA

65



__a CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames:

Orientação/conduta:

Não esquecer de preencher o Resumo das Consultas – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

__a CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames:

Orientação/conduta:

Não esquecer de preencher o Resumo das Consultas – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

__^a CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames: _____

Orientação/conduta: _____

Não esquecer de preencher o **Resumo das Consultas** – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

__^a CONSULTA

68

__^a CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames: _____

Orientação/conduta: _____

Não esquecer de preencher o **Resumo das Consultas** – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

__^a CONSULTA

69

__^a CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames:

Orientação/condução :

Não esquecer de preencher o Resumo das Consultas – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

__^a CONSULTA

70

__^a CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames:

Orientação/condução:

Não esquecer de preencher o Resumo das Consultas – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

__^a CONSULTA

71



__a CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames:

Orientação/conduta:

Não esquecer de preencher o Resumo das Consultas – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

__a CONSULTA

Risco do Pré-Natal: Baixo ☐ Alto ☐

Data __/__/__ IG/DUM : __ IG/USG: __ Peso: __

IMC: __ PA: __ AU: __ Apresentação: __

BCF: __ Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Queixas e Exame Clínico: _____

Resultado de outros exames:

Orientação/conduta:

Não esquecer de preencher o Resumo das Consultas – Pag. 75

Profissional: _____ CRM/COREN: _____

CONTINUAÇÃO DO RESUMO DAS CONSULTAS

Nº	cons.	Data	IG	Peso	IMC	PA	AU	Apres	Edema	BCF	Ass.:
11º											
12º											
13º											
14º											
15º											
16º											
17º											
18º											
19º											
20º											

76

CONSULTA PEDIÁTRICA NO PRÉ-NATAL

A consulta com o pediatra quando a criança ainda nem nasceu cria um elo com o pediatra (na gravidez, no terceiro trimestre de gestação). Dessa forma, mesmo nos municípios onde não atuam pediatras, as orientações referentes à saúde do bebê devem ser ministradas pelo Profissional de Saúde da Atenção Básica.

Os objetivos dessa consulta são:

- Estabelecer e fortalecer um vínculo entre o pediatra e os pais antes do nascimento da criança.
- Preparar os pais para o cuidado do desenvolvimento físico e psicológico do bebê que está chegando.
- Obter informações básicas de grande importância no pré-natal.
- Discutir os anseios, preocupações e necessidades em relação à criança.
- Verificar dados sobre a saúde dos pais, hábitos de vida e situações de risco.
- Esclarecer sobre a assistência do recém-nascido na Sala de Parto ou Centro Cirúrgico e sobre alojamento conjunto ou berçário.
- Orientar para os cuidados com as mamas e as vantagens da amamentação.
- Explicar sobre a higiene do bebê e falar das medidas de segurança em casa e no transporte da criança.

77

- Discutir sobre os fatores emocionais que possam interferir na estabilidade emocional dos pais, como: emprego, moradia, efeito da chegada da criança na família e o relacionamento com os irmãos.
- Acompanhar a gestação e o parto fazendo o papel do "cuidador" e orientando para os cuidados com a mãe e o recém-nascido, ajudando a diminuir o estresse familiar da expectativa da chegada do bebê.
- Iniciar a discussão sobre o aleitamento materno, as vantagens, as técnicas e as dúvidas, estimulando a família a falar o que pensa sobre a amamentação.
- Apoiar e ajudar os futuros pais no processo de cuidar do bebê e incentivar a iniciação deste trabalho de uma forma prazerosa.



CONSULTA PEDIÁTRICA NO PRÉ-NATAL

Data __/__/__ IG: ____ Peso: ____

Presença do Companheiro: Sim ☐ Não ☐

Resultado de Exames: _____

Orientação: _____

Profissional: _____ CRM: _____

RESULTADO DE EXAMES

1º TRIMESTRE

Tipo de exame	Data	Resultados
Hemograma		
Plaquetas		
Glicemia		
Classificação sanguínea		
HBsAg		
Anti-HCV		
Anti-HIV		
VDRL		
Toxoplasmose IgM		
Toxoplasmose IgG		
Rubéola IgM		
Rubéola IgG		
Citomegalovirus IgM		
Citomegalovirus IgG		
Sumário de Urina		

Os exames Anti-HIV e VDRL devem ser oferecidos na primeira consulta e no terceiro trimestre do pré-natal, porque as intervenções terapêuticas e/ou de serviços especializados podem reduzir a transmissão materno-fetal.

CONSULTA PEDIÁTRICA NO PRÉ-NATAL
80

2º TRIMESTRE

Tipo de exame	Data	Resultados
Hemograma		
Plaquetas		
TTGO – 75g		
Sumário de Urina		

3º TRIMESTRE

Tipo de exame	Data	Resultados
Hemograma		
Plaquetas		
Anti-HIV		
VDRL		
Urocultura		
Perfil Biofísico Fetal		
Cardiotocografia		

ULTRASSONOGRAFIA

Tipo	Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido

CONSULTA PEDIÁTRICA NO PRÉ-NATAL
81

COLPOCITOLOGIA ONCÔTICA

COLE
AQUI SEUS
EXAMES
PREVENTIVOS
MAIS NOVOS

O exame de colpocitologia Oncótica (Papanicolau ou "Preventivo") não está contraindicado para mulheres grávidas, não oferecendo nenhum risco para o bebê, podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês, visando a realização do rastreamento do câncer do colo do útero nas gestantes.

COLPOCITOLOGIA ONCÔTICA

82

A HORA DA CEGONHA!



A HORA DA CEGONHA!

83

A HORA DA CEGONHA!

Os sinais de que a hora do parto está próximo podem ser diferentes para cada mulher e também de uma gravidez para outra. Se é o primeiro filho, geralmente, o trabalho de parto é mais demorado.

Alguns sinais que indicam a proximidade da hora do parto:

- À medida que o parto se aproxima, a mulher pode eliminar um muco avermelhado pela vagina (parecido às vezes com catarro), chamado de **TAMPÃO MUCOSO**. Isso pode ocorrer dias antes de outros sinais do trabalho de parto ou logo antes das contrações do parto.
- Dor que começa nas costas e vai para a parte baixa da barriga.
- Perda de água pela vagina, que acontece quando a bolsa de água que envolve o bebê se rompe (rompimento da bolsa uterina).
- Contrações: a barriga fica dura e logo depois amolece. Começam devagar, ficando mais fortes e mais frequentes.

Lembre-se de levar para o hospital (maternidade):

1. Sua Caderneta da Gestante;
2. Seu cartão SUS;
3. Seus exames de saúde;
4. Sua carteira de identidade ou outro documento;
5. Algumas roupas para você e para o bebê.

Lembrar-se de fazer higiene pessoal!

PARTO HUMANIZADO

(Orlka Duarte)

*Humanizar o instante
Mais humano do ser humano
É a condição ao direito essencial
É a arte de favorecer à vida
No desenlace umbilical.*

*Humanizar os corações
É dever de cada instituição
Que se diz materna
É compreender
Que trabalhar com a vida
É uma arte eterna.*

*Obstetras, enfermeiros, pediatras,
Guerreiros, guerreiras, parteiras
São mãos por onde todo ser
Um dia passaram ou não de passar...
A humanidade do ser humano
Não pode se desumanizar.*

*A vida é tão singela
Que seu manto é de veludo encantado
Que as mãos que tocam no primórdio dela
Desejem o parto humanizado.*

DIREITO AO PARTO HUMANIZADO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) determina que apenas 15% dos partos precisam ser cesariana. A maneira mais saudável e segura de ter filhos é o parto normal, na maioria das vezes. Assim, a gestante deve conhecer e lutar pelo direito ao parto normal. A cesariana deve ser realizada quando for necessário para proteger a mãe o seu bebê, e a mulher deve ser informada sobre as razões que impedem de optar pelo parto normal.

Durante a internação e no trabalho de parto, toda gestante tem direito de:

- Ser escutada e ter as suas dúvidas esclarecidas;
- Expressar os seus sentimentos e as suas reações livremente;
- Escolher a melhor posição durante o trabalho de parto e para o parto.
- Ser incentivada a adotar as posições como sentada ou de cócoras, que são mais favoráveis para a boa evolução do parto;
- Optar por acompanhante e a escolha de quem deve ser essa pessoa durante o pré-parto, parto e pós-parto (Lei Nº 11.108, 07/04/2005).
- Oferta de métodos para o alívio da dor: massagens, banhos, uso do "cavalinho e bola".

Ao ser internada, a gestante refaz o teste para saber se tem sífilis (VDRL). Se não tiver feito o exame para AIDS no último trimestre, esse teste também deve ser realizado. Esses exames são muito importantes: se derem positivo, medidas especiais devem ser adotadas durante o parto e com o bebê.

Mesmo quando a gestante tem o vírus da AIDS (HIV), não se pode afirmar que o recém-nascido tem ou não esse vírus. Por isso, o bebê deve receber medicamento preventivo nas 04 (quatro) primeiras semanas de vida. Existem serviços de saúde especializados para bebês filhos de mães com HIV, ou seja, que correm o risco de estarem com o vírus também.



LOCAL DO PARTO

No início do pré-natal, a gestante deve ser orientada a respeito do local onde ocorrerá o parto, ou seja, qual é sua maternidade de referência (Lei Nº 11.634, de 27/12/2007). É fundamental que a mãe conheça os meios de transporte para chegar até lá e que já tenha visitado o local.

A mulher grávida deve ir para maternidade no momento em que surgem os sinais de que o bebê está para nascer, sente as dores e as contrações do trabalho de parto ou em caso de sinais de perigo.



Geralmente o parto ocorre na cidade onde está sendo feito o pré-natal. Se a gestante morar perto da maternidade, pode esperar até ter de 2 a 3 contrações a cada 10 minutos. Caso more longe, deve ir antes que as contrações fiquem muito fortes.

Se a gestante morar em um lugar muito afastado da maternidade, deve ficar hospedada em algum lugar próximo, antes do trabalho de parto.

Após examinar a gestante, os profissionais de saúde devem constatar que o parto começou e internar a gestante. Caso o parto não tenha começado e o bebê esteja bem, a gestante pode ser liberada para casa ou para o local onde está hospedada, desde que seja próximo ao local do serviço e garantia do transporte.

Caso haja dúvida se o parto começou, a gestante fica em observação na maternidade por algumas horas.

CONDIÇÕES E TIPOS DE PARTO

O parto é um momento muito importante para a mãe, constituindo um ato fisiológico na vida de uma mulher. O parto pode-se dar de duas maneiras:

1. Parto Normal ou Vaginal

2. Parto Cesariano

O parto normal se divide em 03 (três) momentos:

1. **Período pré-parto:** Inicia-se, na maioria das vezes, antes e durante a 36ª semana de gestação. É quando as gestantes começam a perceber as contrações uterinas, cuja frequência é maior na última quinzena da gravidez. Há também aumento das secreções do colo uterino, podendo haver saída de tampão mucoso.
2. **Período de dilatação:** É a fase ativa do trabalho de parto, que vai do momento em que as contrações uterinas passam a ser percebidas regularmente e termina quando o colo uterino encontra-se totalmente dilatado (10 cm).
3. **Período expulsivo:** Começa com a dilatação total do colo uterino e termina com a expulsão total do bebê.

CONDIÇÕES E TIPOS DE PARTO

06

É importante lembrar que o trabalho de parto varia de mulher para mulher. Para aquelas grávidas do seu primeiro filho, o período de dilatação é mais demorado, podendo durar de 10 a 12 horas. Naquelas grávidas pela segunda vez em diante, dura de 6 a 8 horas. Mas esse tempo é bastante variável!

Além disso, o período expulsivo nas "mães de primeira viagem" também é maior do que naquelas que já engravidaram. Não se assuste, isso é completamente normal!

Às vezes é necessário o uso do fórceps para ajudar no nascimento. O parto a fórceps acontece via vaginal e, atualmente, é um recurso utilizado apenas em casos de emergência ou de sofrimento fetal.

Algumas mulheres sentem mais dores no momento das contrações do que outras e o importante é buscar uma posição confortável para a mãe e respirar profundamente. Para ajudar o bebê a descer, a mãe deve de preferencial ficar sentada ou caminhar devagar. O companheiro pode ajudar, fazendo massagens no dorso no momento das contrações.

Existem casos que é preferível a realização de um parto do tipo cesárea, podendo ser indicada em benefício da mãe, do bebê ou de ambos.

A operação cesariana é feita em centro cirúrgico obstétrico especializado, com anestesia para aliviar a dor da mãe. A mulher permanece acordada para receber seu bebê no final da cirurgia.

CONDIÇÕES E TIPOS DE PARTO

91

Vantagens do Parto Normal:

- Menor chance de infecções e complicações pós-parto;
- Recuperação mais rápida e segura da gestante;
- A ligação entre mãe e bebê é muito maior;
- A contaminação do bebê pela flora bacteriana da vagina da mãe parece importante para a formação da flora intestinal do bebê e para diminuir as chances de que ele tenha problemas alérgicos no futuro;
- Quando o bebê passa pela vagina, ela exerce uma compressão natural no tórax favorecendo a eliminação do líquido da bolsa amniótica que o bebê tem nas vias respiratórias.

ASSISTÊNCIA AO RÉCEM-NASCIDO

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐
 Apgar: 1º Min ____ 5º Min ____ 6 ou Menos ☐
 Reanimação: Sim ☐ Não ☐
 Idade por Capurro: ____ sem. Menor de 37 sem.: ☐
 Peso/Idade Gestacional: ____
 Adequado (AIG) ☐ Pequeno (PIG) ☐ Grande (GIG) ☐
 Exame Físico imediato: Normal ☐ Anormal ☐
 Estatura: ____ cm Perímetro Cefálico: ____ cm
 Exame Físico pré-alta: Normal ☐ Anormal ☐
 Exame Neurológico: Normal ☐ Anormal ☐
 Patologias: Nenhuma ☐

Patologia	Sim	Patologia	Sim
Membrana Hialina		Infecção	
Síndrome Aspirativa		Neurológica	
Apnéias		Hiperbilirrubinemia	
Hemorragias		Alteração Congênita	

RN Alojamento conjunto: Sim ☐ Não ☐
 Teste da orelhinha antes da alta: Sim ☐ Não ☐
 Teste do olhinho antes da alta: Sim ☐ Não ☐
 Alta do RN:
 Sadio ☐ Transferido ☐ Com Patologia ☐ Óbito ☐
 Tempo de vida na alta: Dias ____ Horas ____
 Idade ao Falecer: Dias ____ Horas ____
 Alimentação: Materno Exclusivo ☐ Misto ☐
 Artificial ☐

PUERPÉRIO FISIOLÓGICO

Puerpério ou pós-parto é o período de 6 semanas logo após o nascimento do bebê. Compreende uma fase ativa na qual acontecem alterações hormonais, psíquicas e metabólicas, quando há retorno dos órgãos reprodutivos e uma readaptação do corpo da mulher à situação que se encontrava antes da gravidez.

Há uma perda de peso de cerca de 5 kg. Geralmente, o peso anterior à gravidez é alcançado ao final do 6º mês após o parto.

O útero, após a saída da placenta, inicia seu processo de diminuição de volume, voltando ao seu tamanho normal dentro de 04 semanas. Logo após o parto ocorrem fortes contrações uterinas, que auxiliam na diminuição do sangramento. A diminuição do sangramento é mais rápido nas mulheres que amamentam, devido maior liberação de um hormônio chamado ocitocina, o qual leva as contrações uterinas, às vezes entendidas como cólicas, que acontecerão até o final da primeira semana. De maneira semelhante, o colo uterino tende a fechar-se após o parto.

Na vagina, os pequenos ferimentos que ocorreram no parto cicatrizam e já não são visíveis em cerca de 06 dias.

Os óvulos, responsáveis pela capacidade da mulher engravidar, voltam a funcionar em aproximadamente 6 a 8 semanas, mas esse tempo pode variar, e depende se a mulher está ou não amamentando. A mulher pode engravidar novamente mesmo se ainda não tiver menstruado como antes, devendo ter cuidado.

Quanto ao leite materno, no momento do parto o leite mais claro produzido no início (coloostro) já está presente, e a descida do leite (apoadura) ocorre entre o 1º e o 3º dia após o parto.

Já se deve começar a amamentar logo após o nascimento do bebê. As mães devem ser ajudadas a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora de vida da criança (4º Passo dos Dez Passos Para o Sucesso na Amamentação Saudável – IHAC); ou seja, "manter os bebês em contato pele a pele com suas mães na primeira hora de vida e encorajar as mães a reconhecer quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda quando necessário" (Portaria Nº 80 de 24/02/2011, MS).



RELAÇÕES SEXUAIS E ANTICONCEPÇÃO NO PUERPÉRIO

No momento da alta hospitalar, é fundamental que sejam dadas orientações em relação ao planejamento familiar, o qual expõe todas as opções contraceptivas para uso neste período, além de programar uma gestação futura com um intervalo ideal entre um parto e outro (de 2 a 3 anos).

Anticoncepcionais à base de progesterona podem ser utilizados sem interferir na amamentação, ou mesmo métodos de barreira, como a camisinha masculina.

Cabe ressaltar que mesmo durante o aleitamento materno, pode ocorrer ovulação. Por essa razão, o uso de contraceptivos deve ser iniciado antes do reinício da menstruação.

**Converse com seu médico para saber a melhor
forma de evitar nova gravidez!**

A atividade sexual poderá ser estabelecida cerca de 30 dias após o parto.

**Relações sexuais com menos de 15 dias
após o parto se associam ao aumento
das taxas de infecção e traumatismos!**

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

“A escolha do método deve ser sempre personalizada”. Muitos são os métodos contraceptivos disponíveis para uso no puerpério, quando se deve ter cuidado especial com a lactação. Assim, é preciso escolher um método que não interfira na amamentação. Nestes casos, deve-se primeiro considerar os métodos não hormonais (DIU e métodos de barreira).

O DIU pode ser inserido imediatamente após o parto ou a partir de quatro semanas pós-parto. O DIU está contraindicado para os casos que cursaram com infecção puerperal até três meses após a cura.

O uso do preservativo masculino ou feminino deve ser sempre incentivado.

O anticoncepcional hormonal oral só de progesterona (minipílula) pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto.

O anticoncepcional injetável trimestral – acetato de medroxiprogesterona, 150mg/ml – pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após 06 semanas do parto.

O anticoncepcional hormonal oral combinado e o injetável mensal não devem ser utilizados por mães amamentando, pois interferem na qualidade e na quantidade do leite materno, podendo afetar a saúde do bebê.

**Os medicamentos contraceptivos devem estar
disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde
e/ou nas Farmácias Populares!**

DOENÇAS MAIS COMUNS NO PUERPÉRIO

Podem ocorrer até 06 semanas após o nascimento de bebê. As principais são: hemorragias, infecções, alterações nas mamas, formação de trombos, transtornos psiquiátricos (como depressão).

HEMORRAGIA

A hemorragia puerperal é um sangramento maior do que o normal que traz sintomas e sinais que o médico percebe como uma situação mais grave. Alguns fatores que levam a um risco aumentado são: ter tido muitos filhos, trabalho de parto muito rápido ou muito demorado, uso de anestesia geral e cesárea.

INFECÇÕES

Nas infecções puerperais há um quadro febril com duração de 2 dias, dentro dos 10 primeiros dias do puerpério, sem incluir o 1º dia (o aumento da temperatura no 1º dia é geralmente normal). Porém, pode haver febre sem que haja infecção. As infecções puerperais podem ser: no útero e anexos (como endometrite), na ferida operatória, na mama (mastites), ou em outros locais, como no trato urinário. O principal fator de risco para infecção puerperal é a cesárea, mas existem outros como bolsa rota muito prematuramente, obesidade e diabetes mellitus.

98

ALTERAÇÕES MAMÁRIAS

Com relação aos possíveis problemas que as mulheres que tiveram seus bebês podem enfrentar nas mamas podemos citar algumas mais importantes. O ingurgitamento mamário é um acúmulo do leite, levando a desconforto, muita distensão das mamas e vermelhidão, que ocorre geralmente entre o 2º e o 3º dia, quando o bebê não pega corretamente ou não suga bem, por exemplo. O melhor tratamento é continuar o aleitamento, apoio físico e psicológico, além disso, as mamas devem ser elevadas com uso do sutiã e a frequência das mamadas deve aumentar. Nas mamas também podem surgir fissuras, geralmente por pega incorreta do bebê ou ingurgitamento, predispondo à inflamação, que é chamada mastite.

Aconselha-se manter o aleitamento e expor as mamas ao sol, passando o próprio leite na mama e vestir o sutiã novamente após secar. Na mastite há dor, calor, rubor, febre alta, calafrios e aumento doloroso das mamas (turgência mamária). Pode ser prevenida ao fazer correta higiene, evitar ocorrência de ingurgitamento e fissuras. Algumas vezes pode ocorrer na mama o abscesso mamário, que é uma infecção tratada com medicamentos e com drenagem, se precisar. Pode continuar a amamentação se não sair pus através do mamilo nem o corte feito para a drenagem for muito próximo a ele. Nesses últimos casos, deve-se amamentar na outra mama, e ordenhar a mama com o abscesso até que a infecção se resolva.

FORMAÇÃO DE TROMBOS

A formação de trombos (doença tromboembólica) é uma das causas de adoecimento das puérperas. Podendo ser de vários tipos: tromboflebite superficial, trombose venosa profunda, tromboflebite séptica pélvica e tromboembolismo pulmonar.

Deve-se ter alguns cuidados para prevenir a formação de trombos, como não engordar muito, pois o aumento de peso dificulta o retorno venoso, favorecendo a estase venosa e aumentando o risco para a trombose. É importante também manter a atividade física. Os exercícios aquáticos como natação e hidroginástica são indicados para melhora do retorno venoso. Após o parto, a elevação dos membros inferiores e o caminhar precoce são uma conduta benéfica para prevenir trombose.

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

As alterações de humor na mulher no período pós-parto são comuns e na maioria das vezes passa sem precisar de remédios, sendo importante que os familiares deem apoio. Na chamada "disforia pós-parto" (alterações leves do humor depressivo) essas alterações são transitórias e pode ocorrer em até 60% das mulheres no puerpério, iniciando no 3º dia e desaparecendo espontaneamente por volta do 14º dia.

A depressão pós-parto ocorre em mulheres que geralmente já tiveram depressão alguma vez, estavam muito ansiosas na gravidez e têm pouco apoio social e familiar, podendo durar até 04 semanas.

USO DE MEDICAMENTOS NO PUERPÉRIO

Alguns medicamentos usados pela mãe podem ser passados para o bebê através do leite materno, então ela não deve tomar remédios sem orientação médica.

"Nenhuma medicação deve ser utilizada, sem orientação médica, pela puérpera que está amamentando, apesar de ser poucas as medicações que contraindicam a amamentação. Na eventualidade de que a medicação utilizada seja classificada como de uso criterioso ou contraindicada durante a amamentação, o procedimento de escolha é optar por outras alternativas terapêuticas e não suspender o aleitamento."

**SEMPRE INFORME AO SEU MÉDICO QUE
VOCÊ ESTÁ AMAMENTANDO E QUE DESEJA
CONTINUAR DANDO DE MAMAR**

AMAMENTAÇÃO

É importante que a mãe esteja sensibilizada e convencida sobre necessidade de amamentar o(s) seu(s) filho(s) de forma exclusiva até o 6º mês de vida, sem precisar oferecer nenhum outro alimento ou líquido (nem mesmo chá ou água).

A partir do 6º mês de vida deve-se complementar a alimentação da criança com outros tipos de alimentos.

O leite materno já vem pronto e na temperatura ideal para ingestão do bebê.

O colostro é o primeiro leite produzido pela mãe após o parto e tem todos os nutrientes necessários para alimentar adequadamente o recém-nascido. É mais espesso, é rico em anticorpos e tem uma quantidade menor no início que vai aumentando de acordo com o número de vezes que o bebê suga. ESTE LEITE É A PRIMEIRA VACINA DO BEBÊ.

Vantagens do leite materno para o bebê:

1. Protege o bebê de muitas doenças, pois é uma verdadeira vacina natural!
2. O bebê tem melhor desenvolvimento mental, da fala e da respiração.
3. Previne obesidade, diabetes, alergia e pressão alta.
4. Ajuda o bebê a ter dentes fortes e saudáveis.

A criança que é exclusivamente amamentada **adoece menos** que uma criança que não teve a oportunidade de ser amamentada!

Vantagens da amamentação para a mãe:

1. Reduz o risco de câncer de mama;
2. Ajuda na redução do peso ganho durante a gestação;
3. Diminui o risco de hemorragia e anemia após o parto;
4. Reduz o risco de diabetes;
5. Fortalece vínculo afetivo entre a mãe e o bebê.

É importante lembrar que:

- O bebê deve mamar sempre que quiser, pois nos primeiros meses, ele ainda não tem horário com regras.
- A melhor posição para amamentar é aquela em que mãe e o bebê sintam-se confortáveis.
- Cada bebê tem seu próprio ritmo de mamar, o que deve ser respeitado. Deixe-o mamar até que fique satisfeito. Espere que ele esvazie bem a mama e então ofereça a outra, se ele quiser.
- O leite do início da mamada tem mais água e mata a sede; e o do fim da mamada tem mais gordura e por isso mata a fome do bebê e faz com que ele ganhe mais peso.
- Depois da mamada, é importante colocar o bebê na posição vertical para que ele possa arrotar.

**RECOMENDA-SE A AMAMENTAÇÃO ATÉ 02
(DOIS) ANOS OU MAIS!**

Ministério da Saúde (MS), a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Organização Mundial da Saúde – OMS.

PEGA CORRETA

Quando o bebê pega bem o peito, a barriga do bebê fica em contato com a barriga da mãe. O queixo encosta na mama, os lábios ficam invertidos (virados para fora), o nariz fica livre e aparece mais aréola (parte escura em volta do mamilo) na parte de cima da boca do que na de baixo.



DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO

Rachaduras no bico do peito

- ✓ As rachaduras podem ser um sinal de que é preciso melhorar o jeito do bebê pegar o peito.
- ✓ Se o peito rachar, a mãe deve passar seu leite na rachadura; se não houver melhora, é bom procurar ajuda na Unidade Básica de Saúde.

Mamas empedradas

- ✓ Quando isso acontece, é preciso esvaziar bem as mamas.
- ✓ Mesmo com as mamas empedradas, a mãe não deve deixar de amamentar; ao contrário, deve amamentar com frequência, sem horários fixos, inclusive à noite.
- ✓ É importante retirar um pouco de leite antes da mamada para amolecer a mama e facilitar para o bebê pegar o peito.
- ✓ Se houver piora, a mãe deve procurar ajuda no serviço de saúde.

DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO

106

Pouco leite

- ✓ Para manter uma boa quantidade de leite, é importante que a mãe amamente com frequência. A sucção é o maior estímulo à produção do leite: quanto mais o bebê suga, mais leite a mãe produz.
- ✓ É importante, também, dar tempo ao bebê para que ele esvazie bem o peito em cada mamada.
- ✓ Se o bebê dorme bem e está ganhando peso, o leite não está sendo pouco.
- ✓ Se a mãe achar que está com pouco leite, deve procurar na Unidade Básica de Saúde.
- ✓ Não existe leite fraco! Todo leite materno é forte e bom. A cor do leite pode variar, mas ele nunca é fraco.
- ✓ Nem todo choro do bebê é de fome. A criança chora quando quer aconchego ou sente algum desconforto. Sabendo disso, não deixe que idéias falsas ou mitos atrapalhem a amamentação.

DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO

107

CONTRAINDICAÇÕES À AMAMENTAÇÃO

As vantagens do aleitamento materno são tão grandes e importantes, que são raras as situações em que não se deve amamentar. Veja abaixo essas situações:

- ✓ Mãe com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV/AIDS);
- ✓ Mãe com infecção pelo vírus (Vírus Linfotrópico da Célula Humana);
- ✓ Mãe com infecção do vírus herpes simples enquanto houver lesões ativas nas mamas ou mamilos;
- ✓ Varicela (catapora) na fase aguda da doença. O leite deverá ser ordenhado e oferecido ao bebê.
- ✓ Mãe desnutrida;
- ✓ Bebês com doenças chamadas fenilcetonúria e a galactosemia;
- ✓ Mães que usam medicamentos que fazem mal ao bebê;
- ✓ Mães que tomam medicamentos usados em doenças malignas (anti-neoplásicos);
- ✓ Mães que usam drogas ilícitas como cocaína, heroína, maconha, anfetaminas (ecstasy);

É aconselhável que mães que estejam amamentando evitem o uso do cigarro e de bebidas alcoólicas!

DOAÇÃO DE LEITE HUMANO

Nos casos que a mãe produz muito leite, ela pode doá-lo a uma Unidade Básica de Saúde e ajudar outros bebês que necessitam de leite humano, tais como bebês prematuros ou internados em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Veja os passos necessários para a doação:

1. Preparo do frasco para guardar o leite

- Lave um frasco com tampa de plástico, retirando o rótulo e o papel de dentro da tampa.
- Coloque o frasco e a tampa em uma panela, cobrindo-os com água.
- Ferva por 15 minutos, contando o tempo a partir do início da fervura.
- Escorra sobre um pano limpo até secar.
- Feche o frasco sem tocar com a mão na parte de dentro da tampa.
- O ideal é deixar vários frascos preparados.

2. Higiene pessoal antes de iniciar a coleta

- Lave as mãos e os braços até o cotovelo com bastante água e sabão.
- Lave as mamas apenas com água.
- Seque as mãos e as mamas com toalha limpa ou papel toalha.

3. Local adequado para retirar o leite

- Escolha um lugar confortável, limpo e tranquilo.
- Forre uma mesa com pano limpo para colocar o frasco e a tampa.
- Evite conversar durante a retirada do leite.

4. Ordenha ou expressão manual do leite

- Massageie as mamas com a ponta dos dedos, fazendo movimentos circulares no sentido da parte escura (aréola) para o corpo.
- Coloque o polegar acima da aréola.
- Coloque o dedo indicador e médio abaixo da aréola.
- Firme os dedos e empurre para trás em direção ao corpo.

- Aperte o polegar contra os outros dedos até sair o leite.
- Pressione e solte. A manobra não deve doer. No começo o leite pode não fluir, mas depois de pressionar algumas vezes, o leite começa a sair com mais facilidade.
- Jogue fora os primeiros jatos ou gotas.
- Abra o frasco e coloque a tampa sobre a mesa forrada com um pano limpo, com a abertura para cima.
- Colha o leite no frasco, colocando-o debaixo da aréola.
- Mude a posição dos dedos ao redor da aréola para esvaziar todos locais da mama.
- Alterne a mama quando o fluxo de leite diminuir e repita a massagem e o ciclo várias vezes.
- Lembre que ordenhar leite de peito adequadamente leva mais ou menos 20 a 30 minutos, em cada mama, especialmente nos primeiros dias.
- Após terminar a coleta, feche bem o frasco.

5. Conservar o leite ordenhado

- Após a coleta, guarde imediatamente o frasco na geladeira, congelador ou freezer.
- Leite cru (não pasteurizado) pode ser conservado em geladeira por até 12 horas, e, no freezer ou congelador, por até 15 dias.

6. Identificação do frasco

- Colocar no rótulo o nome da doadora
- Anotar a data do parto e a data da retirada do leite

7. Transporte

- Transportar o leite ordenhado em caixas isotérmicas limpas

8. Utilização

- O leite humano pasteurizado congelado a ser utilizado deve ser descongelado, de preferência dentro da geladeira. Uma vez descongelado, o leite deve ser aquecido em "banho-Maria" fora do fogo. Antes de oferecê-lo à criança, deve-se mexer devagar para misturar bem o leite.
- ATENÇÃO: Leite descongelado não pode ser congelado novamente.

**COM A DOAÇÃO DO LEITE MATERNO,
VOCÊ ESTÁ CONTRIBUINDO PARA
SALVAR UMA CRIANÇA!**

CONSULTA DO 5º DIA DE PUERPÉRIO DA MÃE

Data ____/____/____ Tipo de parto: ____
PA: ____ Temp.: ____ FC: ____

Exame Clínico:

Presença de cefaleia: Sim ☐ Não ☐
Tontura: Sim ☐ Não ☐
Vômitos: Sim ☐ Não ☐
Outros achados: _____

Exame físico:

Mamas: _____
Involução uterina: Sim ☐ Não ☐
Em caso de parto cesariano, descrever a ferida operatória: _____

Lóquios: _____
Panturrilhas: _____
Outros achados: _____

Orientação/condução: _____

Data da revisão pós-parto: ____/____/____
Profissional: ____ CRM/COREN: ____

CONSULTA DO 5º DIA DE PUERPÉRIO DO(S) BEBÊ(S)

VERIFICAR E INCENTIVAR O REGISTRO DE NASCIMENTO COM MAIOR BREVIDADE, ANOTANDO NÚMERO E CARTÓRIO DE REGISTRO NA CADERNETA DA CRIANÇA.

Nome: _____

Exame Clínico:

Presença de Icterícia: Sim ☐ Não ☐

Presença de Cefalohematoma ou Bossa Serossanguinea: Sim ☐ Não ☐

Outros achados: _____

Exame físico:

Orientação/condução: Amamentação, Banho, Banho de Sol, Posição de Dormir, Cólicas no RN, Cuidados com o Coto Umbilical, _____

Data da revisão: ____/____/____
Profissional: _____ CRM/COREN: _____

CONSULTA DO 5º DIA DE PUERPÉRIO DO(S) BEBÊ(S)

114

ALGUMAS ATRIBUIÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

- ✓ Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- ✓ Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes;
- ✓ Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;
- ✓ Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- ✓ Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar.
- ✓ Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;



ALGUMAS ATRIBUIÇÕES DO

115

ANOTAÇÕES E DÚVIDAS

Captação da Gestante	Primeira Consulta
Data: ____/____/____ Visita Dia: ____/____/____ Presente ☐ Ausente ☐ Reagendamento: ____/____/____	Data: ____/____/____ Visita Dia: ____/____/____ Presente ☐ Ausente ☐ Reagendamento: ____/____/____
Data: ____/____/____ Visita Dia: ____/____/____ Presente ☐ Ausente ☐ Reagendamento: ____/____/____	Data: ____/____/____ Visita Dia: ____/____/____ Presente ☐ Ausente ☐ Reagendamento: ____/____/____
Data: ____/____/____ Visita Dia: ____/____/____ Presente ☐ Ausente ☐ Reagendamento: ____/____/____	Data: ____/____/____ Visita Dia: ____/____/____ Presente ☐ Ausente ☐ Reagendamento: ____/____/____
Data: ____/____/____ Visita Dia: ____/____/____ Presente ☐ Ausente ☐ Reagendamento: ____/____/____	Data: ____/____/____ Visita Dia: ____/____/____ Presente ☐ Ausente ☐ Reagendamento: ____/____/____
Data: ____/____/____ Visita Dia: ____/____/____ Presente ☐ Ausente ☐ Reagendamento: ____/____/____	Data: ____/____/____ Visita Dia: ____/____/____ Presente ☐ Ausente ☐ Reagendamento: ____/____/____

ENCAMINHAMENTO

Encaminho a gestante _____

_____ anos de idade, G __ P __ A __, no curso de uma gestação de _____ semanas e _____ dias, para avaliação obstétrica.

- Perda de tampão mucoso: Não ☐ Sim ☐ há ____ horas.
- Perda de líquido: Não ☐ Sim ☐ há ____ horas.
- Altura uterina: ____ cm.
- Dinâmica uterina: _____
- Batimentos cardíofetais: ____ bpm.
- Apresentação: _____
- Dilatação cervical: _____
- Colo: _____

Realizou Pré-natal de _____ Risco, no(a) _____

Observações: _____

_____/RN, ____ de ____ de 20____.

Assinatura/CRM

ENCAMINHAMENTO

118

COLOQUE AQUI A IMPRESSÃO PLANTAR DO SEU BEBÊ
OU COLE A PRIMEIRA FOTOGRAFIA

COLOQUE AQUI A IMPRESSÃO PLANTAR DO SEU BEBÊ

119

INFORMAÇÕES GERAIS

Caderneta da Gestante – 2ª Edição – 2014 – 50 Exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

Unidade Básica de Saúde Campo da Mangueira – Secretaria Municipal de Saúde de Macaíba/RN
Rua Sival Duarte Pereira, 17 - Campo da Mangueira, Macaíba/RN
CEP: 59280-000 Tel.: (84) 3271-6551 Email: micussipd@ig.com.br

Coordenação de Redação e Organização:

Francisco Américo Micussi - Secretaria Municipal de Saúde de Macaíba/RN

Redação e Organização:

Amanda Ginani Anunes - Universidade Federal do Rio Grande do Norte - RN
Augusto da Mota Passos Filho - Universidade Federal do Rio Grande do Norte - RN
Beatriz Noele Azevedo Lopes - Universidade Federal do Rio Grande do Norte - RN
Juliano José da Silva - Universidade Federal do Rio Grande do Norte - RN
Lorena de Carvalho Monte - Universidade Federal do Rio Grande do Norte - RN
Natália Martins Falcão - Universidade Federal do Rio Grande do Norte - RN

Revisão Técnica:

Francisco Américo Micussi - Universidade Federal do Rio Grande do Norte - RN
Marta do Carmo Lopes de Melo - Universidade Federal do Rio Grande do Norte - RN
Meire Siomara Alcântara - Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN

Apoiadora Temática da Rede Cegonha/RN

Adécia Maria Cândido

Colaboração:

Aline Louise da Silva Oliveira - Secretaria Municipal de Saúde de Macaíba/RN
Flávia Rachel Nogueira Cunha - Secretaria Municipal de Saúde de Macaíba/RN
Josenildo Cesar Soares dos Santos - Secretaria de Segurança Pública e da Defesa Social/RN

Ilustrações:

Amanda Lopes de Medeiros - Natal/RN

Poema:

Drika Duarte - Natal/RN

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, do projeto de intervenção através da implantação da caderneta da gestante denominado: **“CUIDANDO DO NINHO DA CEGONHA: Uma proposta de qualificação do pré-natal na Unidade Básica de Saúde do Campo da Mangueira, município de Macaíba\RN”**. que tem como responsável o mestrando **Francisco Américo Micussi** sob a coordenação acadêmica da professora **Elizabethe Cristina Fagundes de Souza**, orientadora do trabalho junto ao Mestrado Profissional Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Este projeto visa qualificar a atenção prestada à mulher quando no ciclo gravídico, parto e puerpério através da utilização da caderneta da gestante como ferramenta tecnológica da gestão do cuidado. É um projeto de intervenção que pretende possibilitar a melhoria da qualidade do acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal no território, favorecendo a compreensão da gestante da importância do pré-natal de forma mais participativa com orientações para o seu empoderamento e de sua família na integralidade do cuidado, com o fortalecimento da cidadania e fomento à mudança do modelo de atenção, preservando a autonomia e protagonismo das gestantes e sua rede social. Caso decida aceitar o convite, você será submetido ao seguinte procedimento: receber as orientações do pré-natal através do uso da caderneta da gestante com registro de informações e participação nas consultas e nos encontros com a equipe de saúde. Além do registro na caderneta, serão feitas anotações nos prontuários e serão feitos relatórios dos momentos de encontros com gestantes e com equipe de saúde. Os riscos envolvidos com sua participação são mínimos, sendo apenas o de possível dificuldade em usar a caderneta em substituição ao cartão do pré-natal, o que será minimizado, pois haverá apoio da equipe em lhe ajudar na adaptação ao uso da caderneta. Asseguramos o sigilo e o anonimato das informações e a divulgação dessa experiência será feita de forma a não identificar os voluntários. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente deste projeto, você terá direito a indenização e caso venha a ter algum custo será devidamente ressarcido.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Sua participação não é obrigatória. Na condição de voluntário você poderá desistir de participar em qualquer fase do projeto, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga qualquer prejuízo ou penalidade.

Espera-se que a análise desses registros possa indicar diretrizes para a implantação da Caderneta da Gestante nesta Unidade de Saúde e na rede municipal de saúde, contribuindo para mudanças nos modos de fazer a atenção materno-infantil na Estratégia de Saúde da Família desse município.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito deste projeto, poderá perguntar diretamente para o mestrando responsável: Francisco Américo Micussi – Rua Areia Branca, 50 – Ponta Negra – CEP: 59090-280 - Natal - RN – Brasil, ou pelo telefone: (84)9955-0277.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,

declaro que compreendi os objetivos deste projeto, como ele será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente do Projeto de Intervenção “**Cuidando do Ninho da Cegonha: Uma proposta de qualificação do pré-natal na Unidade Básica de Saúde do Campo da Mangueira, município de Macaíba\RN**”.



Assinatura do Participante

Francisco Américo Micussi
Responsável pelo Projeto de Intervenção
Rua Areia Branca, 50 - Ponta, CEP: 59090-280 – Natal/RN - Brasil
Fone: (84) 9955-0277