

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Liliane Machado Pereira**

**MODOS DE VIDA SAUDÁVEL EM GESTANTES MORADORAS DE RUA:  
POSSIBILIDADES E DESAFIOS**

**Belo Horizonte  
2021**

**Liliane Machado Pereira**

**MODOS DE VIDA SAUDÁVEL EM GESTANTES MORADORAS DE RUA:  
POSSIBILIDADES E DESAFIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professora Dra. Ana Mônica Serakides Ivo

**Belo Horizonte**

**2021**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

### FOLHA DE APROVAÇÃO

Ao 8º dia do mês de Setembro de 2021, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do aluno **LILIANE MACHADO PEREIRA** intitulado “MODOS DE VIDA SAUDÁVEL EM GESTANTES MORADORAS DE RUA: POSSIBILIDADES E DESAFIOS”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelos professores: Dra. ANA MÔNICA SERAKIDES IVO e Ms. DANIELA COELHO ZAZÁ. O TCC foi aprovado com a nota 85.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia oito do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e um e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 09 de setembro de 2021.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO  
Coordenador do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 10/09/2021, às 10:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0953277** e o código CRC **131AE325**.

**Liliane Machado Pereira**

**MODOS DE VIDA SAUDÁVEL EM GESTANTES MORADORAS DE RUA:  
POSSIBILIDADES E DESAFIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor (a) Dra. Ana Mônica Serakides Ivo

Banca examinadora

Professor (a). Ana Mônica Serakides Ivo, doutora

Professor (a). Daniela Coelho Zazá, mestre

Aprovado em Belo Horizonte, em 26 de agosto de 2021

Dedico este trabalho à minha família que me apoiou mesmo nos momentos mais difíceis durante essa trajetória.

Dedico também à equipe do Laboratório do Movimento da Universidade Federal de Minas Gerais, carinhosamente conhecido como LabMov campus Saúde, representado hoje pela Prof. Ivana Montandon Soares Aleixo que sempre me incentivou a buscar novos horizontes.

## AGRADECIMENTOS:

A Deus, o Autor da vida, que sempre me fortaleceu e me capacitou para terminar esse trabalho mesmo em meio as dificuldades.

A minha família, que teve paciência e sempre me incentivou a estudar e dar o meu melhor em tudo que faço.

A professora Ivana Montandon Soares Aleixo, coordenadora do Laboratório do Movimento Campus Saúde que sempre me incentivou a trilhar novos rumos pela área da saúde.

A equipe, alunos e voluntários do Laboratório do Movimento da Universidade Federal de Minas Gerais (LabMov - UFMG) que foi essencial para o meu crescimento como profissional de Educação Física.

Aos membros da PIBJA, meus irmãos queridos que me apoiaram com materiais e orações.

A minha orientadora Dra. Ana Mônica Serakides Ivo, pela paciência, ajuda e compreensão nos momentos difíceis da pós-graduação.

A equipe do NESCON, que estava sempre disposta a nos atender e ajudar, em especial a Gisele Marcolino Saporetti e ao Prof. Edison José Corrêa que sempre incentiva os membros do LabMov a pensarem a Educação Física integrada à área da saúde.

## RESUMO

Os problemas enfrentados pela Equipe Saúde da Família (eSF) do Centro de Saúde Carlos Chagas (CSCC) são muitas vezes diferentes das demais Unidades Básicas de Saúde (UBS) por se tratar de atendimento à população de rua. Neste sentido, o acompanhamento das gestantes por exemplo, é mais difícil. Durante o período gestacional o corpo da mulher passa por várias alterações morfológicas e é necessário que as eSF deem suporte as mulheres sobre os novos hábitos a serem adotados nesta fase. Dentre as necessidades das gestantes podemos incluir: cuidados de higiene pessoal e cuidados com o corpo que podem ser feitos por meio de atividades físicas. Sendo assim, o objetivo desse trabalho foi conscientizar as gestantes, moradoras de rua, atendidas pelo CSCC, sobre as modificações que ocorrerão durante o período gestacional e como as mesmas podem passar por esse período com mais qualidade de vida. A metodologia utilizada para selecionar o problema foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES) e a Estimativa Rápida. Após essa etapa foi selecionado o problema: grávidas adscritas ao CSCC e os nós críticos: 1. Construção compartilhada de modos de vida saudáveis em relação aos cuidados com o corpo e 2. Cuidado com o corpo: aprender e realizar atividades físicas que sejam adequadas durante a gravidez.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua, Gestante, Gravidez, Equipe de Saúde da Família, Obstetrícia.

## **ABSTRACT**

The problems faced by the Family Health Team (eSF) at the Carlos Chagas Health Center (CSCC) are often different from those of other Basic Health Units (UBS) because they are caring for the homeless population. In this sense, monitoring pregnant women, for example, is more difficult. During the gestational period, the woman's body undergoes several morphological changes and it is necessary that the FHS support women on the new habits to be adopted at this stage. Among the needs of pregnant women we can include: personal hygiene care and body care that can be done through physical activities. Thus, the objective of this study was to make pregnant women, homeless, assisted by the CSCC aware of the changes that will occur during the gestational period and how they can go through this period with better quality of life. The methodology used to select the problem was the Situational Strategic Planning and the Quick Estimate. After this step, the problem was selected: pregnant women enrolled in the CSCC and critical nodes: Shared construction of healthy ways in relation to caring for the body and caring for the body: learning and performing physical activities that are appropriate during pregnancy.

Keywords: Homeless people, Pregnant woman, Pregnancy, Family Health Team, Obstetrics.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família PSF, Unidade Básica de Saúde Carlos Chagas, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais  | 17 |
| Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Construção compartilhada de modos de vida saudáveis em relação a cuidados com o corpo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais | 30 |
| Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema prática de atividade física durante a gravidez”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.  | 31 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|             |   |
|-------------|---|
| APS         | Atenção Primária à Saúde                        |
| BH          | Belo Horizonte                                  |
| CSCC        | Centro de Saúde Carlos Chagas                   |
| ESF         | Estratégia Saúde da Família                     |
| eSF         | Equipe de Saúde da Família                      |
| IBGE        | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IVS         | Índice de Vulnerabilidade à Saúde               |
| MS          | Ministério da Saúde                             |
| PACS        | Programa de Agentes Comunitários de Saúde       |
| PBH         | Prefeitura de Belo Horizonte                    |
| PES         | Planejamento Estratégico Situacional            |
| PSF         | Programa Saúde da Família                       |
| SisPreNatal | Sistema de Pré-Natal                            |
| SMS         | Secretaria Municipal de Saúde                   |
| UBS         | Unidade Básica de Saúde                         |

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO</b>  | <b>11</b> |
| 1.1 Aspectos gerais do município   | 11        |
| 1.2 O sistema municipal de saúde de Belo Horizonte   | 12        |
| 1.3 Aspectos da comunidade   | 14        |
| 1.4 A Unidade Básica de Saúde Carlos Chagas  | 14        |
| 1.5 A Equipe de Saúde da Família PSF da Unidade Básica de Saúde Carlos Chagas  | 15        |
| 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe PSF  | 15        |
| 1.7 O dia a dia da equipe PSF  | 16        |
| 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade  | 16        |
| 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção  | 16        |
| <b>2 JUSTIFICATIVA</b>   | <b>18</b> |
| <b>3 OBJETIVOS</b>   | <b>20</b> |
| 3.1 Objetivo geral   | 20        |
| 3.2 Objetivos específicos  | 20        |
| <b>4 METODOLOGIA</b>   | <b>21</b> |
| <b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>   | <b>22</b> |
| 5.1 Período gestacional: características e necessidades de cada fase   | 22        |
| 5.2 Fatores de risco e aspectos relacionados ao período gestacional  | 24        |
| 5.3 Pré-natal e qualidade de vida: possibilidades de intervenção na atenção básica para mulheres moradoras de rua  | 25        |
| <b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>  | <b>28</b> |
| 6.1 Descrição do problema selecionado  | 28        |
| 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)  | 29        |
| 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)  | 29        |
| 6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão. Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico. | 29        |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | <b>32</b> |

## INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

Belo Horizonte foi fundada em 1701, quando era chamada de Curral Del Rei, posteriormente passou a ser chamada de Cidade de Minas ao tornar-se a capital do Estado de Minas Gerais em 1897. Em 1894 foi planejada a sua construção pelo engenheiro e urbanista Aarão Reis. O novo município foi construído no auge da modernidade, planejado pelo engenheiro e urbanista Aarão Reis e 1901 ganhou o nome atual e é chamada carinhosamente por seus habitantes de BH (PORTAL BELO HORIZONTE, 2018). O município possui 2.521.564 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2019) para o ano de 2020. Com território de 331,354 km<sup>2</sup> de extensão, conta com a maioria da área com cobertura de esgoto (96,2%) e também vias arborizadas (82,7%), mas menos da metade (44,2%) das vias urbanizadas (IBGE/2019). Segundo o portal Cidades e Estados do IBGE (2010), a cidade tem uma densidade demográfica de 7.167.00 hab./km<sup>2</sup>. A faixa etária predominante é de adultos do sexo feminino; entre 1999 e 2015 houve uma redução da taxa de natalidade e da fecundidade em mulheres com idade entre 15 e 49 anos, como consequência, houve a redução da população infantil e aumento da população adulta. Desta forma, favorece o desenvolvimento econômico e posterior aumento da população idosa indicando melhoria da expectativa de vida, na qual a taxa de envelhecimento que passou de 4,69 em 1991 para 8,67 em 2010. O município possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,810 (PORTAL BELO HORIZONTE, 2019) acima da média nacional. BH é a quarta economia brasileira em termos de Produto Interno Bruto (PIB). Dados sobre média mensal de renda dos trabalhadores formais, segundo o SENSU 2010, é de 3,6 salários mínimos (IBGE/2010) e a maioria da população (57,5%) é ocupada. A taxa de escolarização de crianças e adolescentes (6 a 14 anos) é de 97,6%. A renda per capita em 2018 foi de R\$36.759,66. Quanto ao IDH, Belo Horizonte ocupa a 20ª posição entre os municípios brasileiros com um crescimento positivo quando comparado aos anos de 1991 e 2000 nos índices geral, de longevidade, de

educação e de renda (PNUD, 2018). Em 2017, a taxa de mortalidade foi de 9,99 óbitos por 1000 nascidos vivos. As internações por diarreia são de 0,3 para 1000 habitantes. Belo Horizonte possui 328 estabelecimentos de saúde (DATASUS, 2017).

A gestão da cidade é descentralizada, subdividida em 9 regionais administrativas: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova.

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH) tem um indicador denominado Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS) que é composto por seis denominadores de cunho socioeconômico e de saneamento. Esse instrumento divide a população de BH em quatro categorias de vulnerabilidade da saúde de acordo com os setores censitários do IBGE: muito elevado, elevado, médio e baixo risco. Segundo o IVS, ao analisar os dados dos anos de 1998, 2003 e 2012, houve uma melhora nas condições socioeconômicas e de saneamento em BH. O IVS é utilizado como parâmetro para cálculos da população adscrita ao Centro de Saúde e orienta as políticas públicas para garantir os direitos dos cidadãos (ÍNDICE DE VULNERABILIDADE À SAÚDE, 2018).

## 1.2 O sistema municipal de saúde de Belo Horizonte

O modelo de atenção predominante no município de Belo Horizonte é o de Rede de Atenção Básica, que se organiza em forma de rede integrada na qual há diferentes densidades tecnológicas de atenção sem que haja um grau de importância de um sobre o outro (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018).

A coordenação da atenção é feita pela Atenção Primária a Saúde (APS), de forma regionalizada, contínua e sistematizada. Tem o fluxo de encaminhar o usuário adscrito na área de abrangência do Centro de Saúde para o serviço necessário segundo a estratificação de risco, que vai desde a prevenção à reabilitação.

O planejamento é feito de acordo com as demandas da população adscrita que tem voz ativa através do Conselho Municipal de Saúde presente em cada Centro de Saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018).

O cuidado é feito por equipes compostas por diferentes profissionais da área da saúde. Cada Centro de Saúde tem equipes que são responsáveis por um certo

número de famílias e a escolha do número de famílias depende do cuidado que a área demanda. Cada Equipe Saúde da Família (eSF) é composta por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiro e Médico. Porém, o Centro de Saúde pode ter médicos de outras especialidades, como ginecologista e/ou pediatra, além do apoio dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Os usuários têm acesso ao Sistema Único Saúde (SUS) através do cadastro na plataforma CADWEB e cada um tem um prontuário eletrônico que fica disponível a toda a rede interna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A Regional Centro-Sul de Belo Horizonte, possui 12 Centros de Saúde e 33 Equipes de Saúde da Família (eSF), sendo uma delas transitória.

Os Pontos de Atenção à Saúde e Sistemas de Apoio e Logístico do Sistema de Saúde na regional Centro Sul são:

- Atenção Primária à Saúde: Centro de Saúde Carlos Chagas (CSCC)
- Pontos de Atenção à Saúde Secundários: Centro de Especialidades Médicas, Centro de Especialidades Odontológicas, Unidade de Pronto Atendimento,
- Pontos de Atenção à Saúde Terciários: Hospital Santa Casa, Hospitais do Complexo *Campus* Saúde UFMG.
- Sistemas de Apoio: Diagnóstico e Terapêutico, Assistência Farmacêutica, Informação em Saúde, Centro de Referência em Reabilitação, Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais, Centro de Testagem e Aconselhamento, Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias Orestes Diniz, Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem, Laboratório Regional Unidade de Referência Secundária.
- Sistemas Logísticos: Transporte em Saúde, Acesso Regulado à Atenção, Prontuário Clínico, Cartão de Identificação dos Usuários do SUS, transporte dos usuários para consultas, prontuário eletrônico através da rede intranet, cartão Nacional de Saúde.
- Principais causas de óbitos da eSF são atropelamentos e complicações por abusos de álcool ou drogas.
- Principais causas de internações são em decorrência de complicações por abusos de álcool ou drogas.
- Principal doenças de notificação da eSF: Tuberculose e AIDS.

A referência e contrarreferência no caso da eSF do CSCC são feitas com a atenção secundária e terciária já que o sistema funciona em modelo de rede de atenção de saúde.

### 1.3 Aspectos da comunidade

O CSCC foi criado em 1994 e em 2002 iniciou o atendimento à população de rua. O CSCC está localizado na chamada área hospitalar de Belo Horizonte e em seu entorno tem vários bairros residenciais e também o bairro Centro, onde se localizam muitos comércios, um parque principal, Américo Renné Giannetti, que é conhecido popularmente como “Parque Municipal”, muitas igrejas, principalmente católicas, escolas e muitos complexos hospitalares. Na área hospitalar, temos duas faculdades de medicina: a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e a Universidade Federal de Minas Gerais, onde também existem outros cursos da área da saúde e complexos hospitalares dentro do chamado Campus Saúde.

A eSF do Centro de Saúde Carlos Chagas se localiza na regional Centro Sul e atende o Hipercentro de Belo Horizonte e entorno da Avenida do Contorno. O tamanho dessa área deve-se à população que é atendida. Uma particularidade do CSCC é que essa equipe atende moradores de rua. O saneamento da área de abrangência é apropriado e tem coleta de lixo. O analfabetismo é grande e a população que vive na rua conta com algumas ajudas de Organizações Não Governamentais (ONG's), igrejas e pessoas dispostas a ajudar, mas que são pontuais, como por exemplo, distribuição de sopas a noite entre outras. Por se tratar do Centro, muitos edifícios e prédios não podem ser reformados, pois são tombados pelo patrimônio histórico. Neste caso, alguns imóveis funcionam como escola, igrejas, museus, dentre outros. A população da área é mais ativa durante a tarde e noite. No Centro de Saúde Carlos Chagas trabalham duas equipes: uma do Programa Saúde da Família (PSF) que atende a população de rua e a outra do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que atende a população que tem residência fixa.

### 1.4 A Unidade Básica de Saúde Carlos Chagas

O Centro de Saúde Carlos Chagas se localiza na Região Centro-Sul de Belo Horizonte, na Av. Francisco Sales, 1715 no Bairro Santa Efigênia. O espaço físico do CSCC tem salas de atendimento, sala para reunião, sala para os ACS e salas para os demais funcionários, sala de vacina, sala para odontologia. A recepção é pequena e de lá saem todas as demandas, a mesma funciona o dia todo. Raramente há falta de insumos e equipamentos necessários. O usuário geralmente é atendido no mesmo dia, devido à dificuldade de retorno. O CSCC tem grupos de Lian Gong, dança e tabagismo. Os medicamentos de uso contínuo têm a receita renovada na consulta, na qual o médico tem a oportunidade de ter mais um tempo para atendimento do usuário.

O Centro de Saúde funciona de 07h às 18h, mas por muito tempo funcionou até as 19h. Os funcionários cuidam cada um de sua área. A eSF não tem uma agenda muito aberta, devido à urgência do atendimento da população de rua, os atendimentos em sua maioria são realizados no mesmo dia do acolhimento.

#### 1.5 A Equipe de Saúde da Família PSF da Unidade Básica de Saúde Carlos Chagas

A eSF funciona desde 2002 e é pioneira no quesito de cuidado com a população de rua. É composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde e os profissionais que apoiam são psicóloga, psiquiatra, equipe de saúde bucal (cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal).

#### 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe PSF

A demanda de atendimento da eSF do CSCC é espontânea. Por se tratar da população que vive na rua, o atendimento via acolhimento é feito o dia todo e a maioria é atendida no mesmo dia. As visitas dos ACS's são diárias e as "visitas domiciliares" quando necessárias, são feitas uma vez por semana com o ACS, a médica e também a assistente social. O programa Bolsa Família tem sido um apoio para detectar mulheres em situação de rua e para melhorar o cuidado das mesmas com sua saúde.



### 1.7 O dia a dia da equipe PSF

O Planejamento é feito através de reuniões da eSF sozinha e com demais profissionais do NASF-AB, Intersetorial ou Colegiado. O matriciamento é feito também com o NASF-AB e também com a outra equipe do CSCC, quando necessário.

### 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Os problemas identificados na eSF são muitos, devido à alta mobilidade dos usuários. Os principais problemas identificados na eSF do CSCC foram:

- Falta de acompanhamento sistemático de usuários com doenças crônicas como diabetes e hipertensão;
- Falta de acompanhamento sistemático de usuários com tuberculose;
- Falta de acompanhamento sistemático das gestantes;
- Usuários morarem na rua;
- Alto índice de sofrimento mental;
- Usuários não portarem os documentos de identificação.

Todos esses problemas com o agravante de os usuários da eSF serem população de rua, o que já dificulta todo o trabalho que seria realizado, pois quando pensamos em qualquer outra eSF, os cuidados são mais efetivos quando comparados a eSF do CSCC.

### 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

**Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família PSF, Unidade Básica de Saúde Carlos Chagas, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais**

| Problemas  | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/Priorização**** |
|--|--------------|------------|--------------------------------|-------------------------|
| Falta de acompanhamento das grávidas quanto a mudanças de hábitos relacionados à | Alta         | 8          | Parcial                        | 1                       |

|   |       |   |         |   |
|---|-------|---|---------|---|
| gestação.   |       |   |         |   |
| Falta de acompanhamento sistemático Tuberculose                   | Alta  | 6 | Parcial | 2 |
| Falta de acompanhamento sistemático de doenças crônicas (DM, HAS) | Alta  | 5 | Parcial | 3 |
| Sofrimento mental, neurose, psicose e abuso de drogas             | Alta  | 4 | Parcial | 4 |
| Falta de porte de documentos originais                            | Média | 3 | Parcial | 5 |
| A situação de vida: morador de rua                                | Alta  | 4 | Parcial | 6 |

Fonte:

\*Alta, média ou baixa

\*\* Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

## 2 JUSTIFICATIVA

Os problemas de saúde da eSF do CSCC são muitos, diferentes das eSF's tradicionais por se tratar de cuidado com a população de rua. Para este trabalho o problema selecionado foi o acompanhamento de gestantes da eSF. Por se tratar de mulheres que vivem nas ruas, o acompanhamento da gestação pela eSF é mais difícil, pois as mesmas tem dificuldades para comparecer a consultas e exames devido a vários fatores. O ideal é que o acompanhamento aconteça no início da gravidez e é necessário pensar em uma forma interessante de trazer essas gestantes para o acompanhamento no Centro de Saúde. As mulheres da área de abrangência do CSCC estão em idade adulta e a maioria é alfabetizada, o que facilita a comunicação entre eSF e usuária.

Durante período gestacional, haverá várias alterações morfofisiológicas, tais como: aumento de peso, crescimento da barriga, aumento de hormônios para que haja o crescimento do bebe. De uma modo geral, os corpos das mulheres já estão preparados para estas mudanças, e neste sentido, geralmente a gestação ocorre bem até o final. Podem assim, surgir apenas sintomas que são considerados mais comuns durante essa fase da vida da mulher, como: enjoos, cansaço e aumento do tamanho dos seios, sonolência, fome e do intervalo em que se urina (MOORE, 2016). Porém, no caso das gestantes moradoras de rua, estas alterações podem vir acompanhada de diversos problemas devido suas condições de vida.

São direitos da gestante o planejamento reprodutivo, acesso aos exames e pelo menos seis consultas na qual ela deve ser atendida até o momento do parto. No trabalho de parto ter acesso a métodos de alívio da dor. Durante o parto: privacidade e liberdade de posição, ter acompanhante. Após o parto: contato imediato com o bebê logo na primeira hora de vida e estímulo à amamentação, antes de qualquer procedimento de rotina, alojamento com o filho e o acompanhante desde o nascimento, não devendo o bebe ser separado da mãe a não ser por indicação clínica concreta (BRASIL, 2018). O acompanhamento nas consultas e a informação podem fazer com que a gestante esteja mais tranquila devido à consciência do estado em que se encontra. O exercício físico pode ajudá-la com o menor ganho de sobrepeso, redução de dores que podem ocorrer devido ao hormônio relaxina, que afrouxa os ligamentos pélvicos para o pré-parto e melhor condicionamento físico pré ou pós parto (MOORE,

2016). É possível ensinar as gestantes alguns exercícios mais simples que ela possa fazer diariamente para alívio desses incômodos.

No caso das gestantes moradoras de rua, é necessário que haja um olhar mais focado em relação às condições de saúde como: higiene, alimentação e cuidado geral, pois nesse momento da vida, pode ser que aumente os medos, receios, dúvidas principalmente pelo fato de serem moradoras de rua.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para conscientizar as gestantes moradoras de rua, da eSF do Centro de Saúde Carlos Chagas de Belo Horizonte, MG sobre a importância e possibilidades em relação aos modos de vida saudáveis durante o período gestacional.

#### 3.2 Objetivos específicos

1. Orientar as gestantes sobre as modificações que ocorrerão durante o período gestacional.
2. Desenvolver um grupo de orientação sobre os cuidados que devem ser adotados nesse período.
3. Desenvolver um grupo que incentive as gestantes à prática de exercícios físicos que as ajudarão se preparar durante, no momento e após o parto.
4. Incentivar a socialização e interação das gestantes com outras pessoas e outras grávidas.

#### 4 METODOLOGIA

Para a execução do presente trabalho foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e a Estimativa rápida, para determinar o problema prioritário, os nós críticos e as ações de acordo com o Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Posteriormente, foi feita a definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações escolhidas. Após a aplicação do PES, o problema selecionado foi a situação das grávidas adscritas ao CSCC e foram selecionados dois nós críticos para serem executados.

Para dar suporte a elaboração da proposta de intervenção, foi realizada uma revisão do tipo narrativa nas bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Periódicos CAPES e PubMed a partir das palavras chave: Pessoas em situação de rua, Gestante, Gravidez, Equipe de Saúde da Família, Obstetrícia.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Período gestacional: características e necessidades de cada fase

Para que a gravidez ocorra, são necessários alguns processos biológicos. Na maioria das mulheres a ovulação é cíclica, com intervalos de 25-35 dias por aproximadamente 40 anos após a menarca. É possível engravidar no dia da ovulação e nos dois dias anteriores a ela (CHAMBERLAIN, 1991).

A gestação é dividida em 23 estágios desde a fecundação até o parto. Dentro desses estágios observa-se a fertilização, a divisão do zigoto, a formação da mórula, blastocisto precoce e tardio, embrioblasto entre outras fases do desenvolvimento embrionário até chegar na nona semana, na qual se inicia o período fetal - no estágio 23. Durante a gestação, que tem uma duração de aproximadamente 40 semanas, o corpo da mãe passa por alterações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas que se iniciam na fecundação e continuam até o final da gestação (MOORE, 2016).

O útero se transforma em um órgão muscular de parede relativamente fina com capacidade suficiente para acomodar o feto, a placenta e o líquido amniótico. Nos primeiros meses de gravidez a parede do corpo uterino é mais espessa que nos meses finais da gestação. Com o aumento do útero, há um aumento da parede abdominal, no qual podem surgir estrias, que são conhecidas como estrias grávidas e também pode haver a separação dos músculos retos do abdome, causando a diástase, afastamento destes músculos, deixando o útero coberto apenas pela pele e com o enfraquecimento da fáscia e do peritônio, formando uma hernia abdominal. A linha alba, que é a linha média do abdome, fica mais escura com uma coloração negro-amarronzada (HOFFMAN, 2014).

Durante as primeiras semanas de gravidez é comum as gestantes sentirem as mamas doloridas e parestésicas. No segundo mês há um aumento do tamanho das mamas e dos mamilos, após alguns meses há o surgimento do colostro, produção de leite, e as aureolas se mostram mais pigmentadas, porém o tamanho das mamas não está relacionado com a produção de leite na maioria das vezes (HOFFMAN, 2014).

A pele da gestante também sofre alterações e podem surgir manchas negro-amarronzadas na pele do rosto e pescoço, que são popularmente conhecidas como melasma gravídico (HOFFMAN, 2014).

Desde o início da gestação o útero sofre contrações irregulares que geralmente são indolores, no segundo trimestre é possível detectá-las por exame e nas últimas semanas elas aumentam bastante e podem causar algum desconforto.

O ganho de peso na gestação está relacionado com o útero e seus conteúdos, às mamas, ao aumento do volume de sangue e de líquidos intra e extracelulares. O aumento de peso durante a gestação segundo Hytten (1991 *apud* CUNNINGAM, 2016, p. 51) é cerca de 12,5 kg.

Segundo Zeeman (2009) o volume sanguíneo da grávida aumenta cerca de 40-45% e esse aumento ocorre durante o primeiro trimestre, sendo desacelerado durante o terceiro trimestre e atinge um platô nas últimas semanas de gestação. O aumento do volume sanguíneo tem a função de responder as demandas metabólicas do útero; prover nutrientes e elementos em abundância para o crescimento da placenta e do feto; protegendo a mãe e o feto contra os efeitos deletérios das posições supina e ereta sobre o retorno venoso e salvaguardar a gestante dos efeitos adversos de perda sanguínea durante o parto.

Do ponto de vista imunológico, a gravidez é um estado pró-inflamatório e anti-inflamatório dependendo da fase da gestação, que segundo Mor *et al.* (2010, 2011) pode ser dividida em: pro-inflamatória no início da gestação, anti-inflamatória no meio da gestação e inflamatória no momento do parto.

Segundo Hibbard (2015), as alterações cardíacas da gestante se tornam mais evidentes durante as primeiras oito semanas de gestação. O débito cardíaco aumenta, a resistência vascular periférica reduz e há um aumento da frequência cardíaca. Mahendru (2012) e Wilson (1980) encontraram em gestantes uma pressão arterial sistólica, diastólica e braquial menores que a medida na data da última menstruação, enquanto no final da gravidez, a pressão arterial aumenta.

Segundo Hegewald (2011) o diafragma é elevado por volta de 4 cm durante a gravidez, a circunferência torácica aumenta aproximadamente 6 cm e há uma redução do volume residual pulmonar por volta de 20-30%. A frequência respiratória não se altera, mas o volume corrente e ventilação/minuto em repouso aumentam à medida que a gravidez evolui. Grindheim *et al.* (2012) em seu estudo, verificou que a



taxa de fluxo expiratório máximo aumenta com a gravidez, a condutância das vias aéreas aumenta, a resistência pulmonar total é reduzida. Entretanto, a complacência pulmonar, a capacidade respiratória máxima e a capacidade vital não são afetadas.

Quanto ao sistema urinário, há um aumento do fluxo plasmático renal e também há um aumento da frequência urinária (SANDHU, 2009).

Em relação ao sistema endócrino, a hipófise aumenta cerca de 135% (GONZALEZ, 1988). O hormônio do crescimento é secretado pela placenta com aproximadamente oito semanas (LONBERG, 2003) e com dezessete semanas passa a ser secretado principalmente por ela (OBUOBIE, 2001). Ele aumenta com a gestação e atinge o valor máximo na 14<sup>a</sup> – 15<sup>a</sup> semana, depois declina o valor até voltar ao basal após 36 semanas. A prolactina aumenta gradualmente e ao final da gestação seu valor pode ser 10 vezes maior que no início da gestação. A ocitocina e hormônio antidiurético não se alteram durante a gravidez. Segundo Smallridge (2005) a tireoide aumenta a produção de hormônio em 40 a 100% para suprir as necessidades da mãe e do feto.

É observada uma lordose progressiva no período gestacional que serve para compensar o crescimento da barriga e reposicionar o centro de gravidade da gestante. Crisp (1964) defende que sintomas como dor, dormência e fraqueza nos membros superiores podem resultar da lordose associada a anteriorização do pescoço, tombamento da cintura escapular e tração dos nervos ulnar e mediano.

Quanto ao sistema nervoso central, as gestantes relatam falta de atenção, concentração e memória no período gestacional e no pós-parto imediato. Durante a gestação a pressão dos olhos é reduzida e as dificuldades para dormir são relatadas a partir de 12 semanas até os 2 primeiros meses pós-parto (PAVLOVA, 2011).

## 5.2 Fatores de risco e aspectos relacionados ao período gestacional

O crescimento fetal pode ser prejudicado por uso de drogas ilícitas e lícitas como tabaco e álcool e também pela desnutrição materna. Como consequência o bebê pode nascer com baixo peso, que tem sido associado a fator de risco para hipertensão arterial, diabetes e doenças cardiovasculares em adultos. Em contrapartida, bebês com o peso elevado devido a diabetes gestacional está associado a obesidade e diabetes no adulto (MOORE, 2016).

Paula *et al.* (2020) encontram como potencial fator de risco para pré-eclâmpsia, o diabetes mellitus gestacional e prematuridade um nível menor de 30nmol/L de vitamina D, que é um pré-hormônio que pode ser obtido na alimentação e pela pele através da luz solar, sendo catalisado pelos raios solares UVB. A vitamina D regula a produção de hormônios das paratireoides e contribuem para a manutenção do sistema imunológico. Quanto menor o nível de vitamina D maior as chances de complicações materno-fetais na gestação.

Segundo o Caderno de Atenção Básica – atenção ao pré-natal de baixo risco, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a classificação de risco gestacional deve ser feita pela ESF através da avaliação de risco, que é permanente. Não necessariamente uma gestante caracterizada por situação de risco precisa fazer o pré-natal de alto risco. São considerados fatores de risco: idade (menor de 15 anos e maior que 35 anos); ocupação de trabalho; situação familiar e/ou conjugal insegura e não aceitação da gravidez; baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular); condições ambientais desfavoráveis; altura menor do que 1,45m; IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade. Devem ser considerados fatores relacionados à história reprodutiva anterior: recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado; macrosomia fetal; síndromes hemorrágicas ou hipertensivas; intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos; nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos); cirurgia uterina anterior; três ou mais cesarianas. Além de fatores relacionados à gravidez atual: ganho ponderal inadequado; infecção urinária e anemia.

### 5.3 Pré-natal e qualidade de vida: possibilidades de intervenção na atenção básica para mulheres moradoras de rua

Marques *et al.* (2021) citam que um pré-natal qualificado auxilia a uma gravidez com desfechos perinatais negativos e reduz chances de complicações obstétricas. No SUS o acompanhamento da gestante, em seu pré-natal tem alta cobertura e os profissionais de saúde fornecem orientações durante toda a gestação. Porém, ainda são rasas para as gestantes moradoras de rua as orientações sobre a gestação, importância e técnicas para o aleitamento materno,

como se preparar para o parto e cuidados básicos com o recém-nascido e essa competência é de responsabilidade da ESF.

As orientações mais frequentes são dadas pelo médico durante a consulta gestacional e se referem aos sinais de riscos na gestação, sobre os riscos de automedicação, sobre os malefícios do tabagismo e do consumo de álcool e a possibilidade de acompanhante no momento do parto.

O Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), diz que o objetivo do pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto na saúde materna. Segundo a recomendação da Organização Mundial de Saúde (2013), o número de consultas adequado deve ser igual ou superior a seis para pacientes de gravidez de baixo risco. As consultas devem ser mensais até a 28ª semana e quinzenais quando a gestação estiver entre as semanas 28 e 36. O parto deve ocorrer até a 41ª semana, se isso não acontecer, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação. A gestante deverá ser atendida por sua ESF na UBS, que deverá ofertar ações em saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), há 10 passos para a qualidade de atendimento à gestante na Atenção Básica:

1. Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação;
2. Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal;
3. Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal;
4. Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes";
5. Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário;
6. É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)";

7. Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário;
8. Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto";
9. Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz;
10. As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

A gestante deve ser acolhida, ouvida, orientada quanto aos procedimentos como consultas, cartão da gestante, vacinas, cuidados com higiene e medicamentos a serem utilizados por sua ESF e os atendimentos devem ser registrados no prontuário, no Cartão da Gestante e sistema de acompanhamento da Gestante (SisPreNatal).

No CSCC, esse atendimento ocorre quase que de forma espontânea, já que as consultas são marcadas no mesmo dia devido à população estar em situação de rua. Se há desconfiança de gravidez, é possível fazer o teste rápido de gravidez antes do exame sanguíneo. O ACS geralmente consegue ter acesso à gestante e orientá-la para além do consultório e fazer a devolutiva para o eSF.

Junior (2011) em sua tese, relatou que no CSCC, 80% ou mais de gestantes de baixo risco fazem sete ou mais consultas de pré-natal em acompanhamento. Considerando a prevalência estimada e que 80% das gestantes assistidas pelo pré-natal estão em acompanhamento pela Saúde Bucal; o exame anti-HIV é ofertado com aconselhamento para todas as gestantes acompanhadas pelo UBS. Além disso, 80% das puérperas têm consulta de puerpério realizada até 42 dias após o parto, porém os casos podem ser encaminhados para o pré-natal de alto risco devido à vulnerabilidade das gestantes.

Mann *et al.* (2008) em sua revisão, obteve como resultado que mais da metade das gestantes sofre com dor lombar e/ou pélvica em algum período da gestação e que as dores se acentuam se a gestante tem histórico de dor lombar.

Yuri (2006) ao relacionar atividade física durante a gestação e o baixo peso ao nascer, encontrou que a realização de atividades leves foi um fator protetor de baixo peso ao nascer (BPN) e a caminhada teve um efeito protetor significativo para a prematuridade.

Machado e Viana (2011) em seu estudo sobre atividade física na gestação, chegaram a conclusão que o exercício físico que deve ser praticado pela gestante é aquele que mais proporcione prazer, pois durante a gestação elas podem apresentar várias queixas sobre dores articulares, musculares, desconfortos entre outros sintomas que podem ser aliviados com a prática de exercício.

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “acompanhamento das grávidas quanto a mudanças de hábitos relacionados à gestação”.

Gestantes que não realizam os cuidados relacionados aos hábitos de saúde que deverão ser “adotados na gestação” devido à pouca informação sobre como podem melhorar sua condição física para o pré/durante/pós parto através de uma rotina de exercícios físicos.

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nó crítico”, as operações, projeto, os resultados esperados, produtos esperados e recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Para tanto, aplicou-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

### **6.1 Descrição do problema selecionado**

A acompanhamento das grávidas que são moradoras de rua é mais difícil devido à falta de um endereço residencial, que é o ideal para o atendimento no Centro de Saúde. Devido a isso quando a gestante vai ao Centro de Saúde, a equipe aproveita para realizar vários atendimentos naquele dia, seja médico, psicólogo, dentista entre outros atendimentos. Falta de acompanhamento das grávidas quanto a mudanças de hábitos relacionados à gestação.

Sendo assim, é necessária um acompanhamento mais eficiente das grávidas através da construção compartilhada dos modos de vida saudáveis em relação a cuidados com o corpo e prática de atividade física durante a gravidez, para que as gestantes se sintam melhores, mais dispostas durante esse período da vida.

## 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A falta de acompanhamento das grávidas quanto a mudanças de hábitos relacionados à gestação se dá porque, muitas vezes elas não têm informações aprofundadas sobre a gestação além do consultório médico e como o exercício físico pode auxiliá-las nessa etapa da vida. E quando não se tem um endereço residencial, o acompanhamento se torna ainda mais difícil.

## 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos selecionados para essa abordagem foram: a falta de modos saudáveis em relação aos cuidados com o corpo e aprender a realizar atividades físicas que sejam adequadas durante a gravidez.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão. Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

**Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Construção compartilhada de modos de vida saudáveis em relação a cuidados com o corpo” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais**

|  |  |
|--|--|
| <b>Nó crítico 1</b>  | Falta de modos saudáveis saudáveis em relação aos cuidados com o corpo   |
| <b>6º passo: operação</b><br>(operações)                               | Criar grupo operativo no mesmo horário da consulta de pré-natal para que enquanto as gestantes aguardam o atendimento possam aprender sobre a gravidez e o bebê. Conversar sobre duvidas, medos da gestação/parto/pós-parto. |
| <b>6º passo: projeto</b>   | Nova fase  |
| <b>6º passo: resultados esperados</b>                                  | Aumentar o conhecimento das gestantes sobre a gestação, parto e pós-parto.   |
| <b>6º passo: produtos esperados</b>                                    | Programa de informação sobre a gestação.   |
| <b>6º passo: recursos necessários</b>                                  | Cognitivo: Informação sobre os temas relacionados à gravidez através de apresentações visuais e táteis.<br>Financeiro: verba para aquisição de materiais.<br>Político: da eSF.   |
| <b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>              | Cognitivo: Conhecimento aprofundado dos profissionais sobre o tema.<br>Político: Reunião com a eSF para planejamento.<br>Financeiro: verba para aquisição de materiais.  |
| <b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>   | eSF – responsável pela motivação e ações de estímulos à participação   |
| <b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>       | Profissional de Educação Física e Enfermeira   |
| <b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b> | O monitoramento ocorrerá a cada sessão com o feedback das gestantes e a avaliação ocorrerá ao final do grupo, a cada sete meses.   |

**Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “prática de atividade física durante a gravidez”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais**

|  |   |
|--|---|
| <b>Nó crítico 2</b>  | Aprender e realizar atividades físicas que sejam adequadas durante a gravidez   |
| <b>6º passo: operação</b><br>(operações)                               | Criar grupo operativo semanal no qual as gestantes possam aprender e realizar atividades físicas adequadas ao período gestacional   |
| <b>6º passo: projeto</b>   | Preparando meu corpo  |
| <b>6º passo: resultados esperados</b>                                  | Redução de dores durante a gestação, melhor preparo físico durante a gestação   |
| <b>6º passo: produtos esperados</b>                                    | Usuárias mais conscientes que a atividade física faz bem não apenas durante a gravidez, mas na vida toda.   |
| <b>6º passo: recursos necessários</b>                                  | Cognitivo: profissional com conhecimento técnico para realização das atividades.<br>Financeiro: Verba para aquisição de materiais.<br>Político: Mobilização da eSF e das gestantes.                                 |
| <b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>              | Cognitivo: Realização dos exercícios físicos sozinha.<br>Político: Mobilização da eSF principalmente com a ajuda dos ACS's e com toda a eSF.<br>Financeiro: Conseguir verba para aquisição de materiais esportivos. |
| <b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>   | eSF   |
| <b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>       | Profissional de Educação Física   |
| <b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b> | Durante a sessão: correção da execução; ao final da sessão feedback da gestante sobre a execução; ao início da sessão: feedback sobre os exercícios executados durante a semana.                                    |



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta do plano de ação frente aos problemas priorizados com as gestantes da eSF do CSCC por meio da formação de um grupo de gestante no qual irá permitir a construção de modos de vida saudáveis em relação aos cuidados com o corpo e o aprendizado de atividades físicas que sejam adequadas durante a gestação.

O plano de ação, estruturado a partir das necessidades e demanda identificadas no diagnóstico situacional, pode ser efetivo na melhoria da qualidade de vida das gestantes. Os estudos mostraram que a prática de AF tem um importante papel na manutenção e melhora de vários aspectos durante o período gestacional.

A orientação adequada e a entrada facilitada da gestante ao grupo possibilitará à mesma o aprendizado sobre esta nova fase da vida a qual se encontra e a preparação para que no momento do parto tenha menos intercorrências.

Espera-se que com esse acompanhamento mais próximo, a gestante esteja mais segura e confortável ao fim da gravidez tanto pelo apoio dos profissionais que estiveram com ela durante esse período como pelo autoconhecimento propiciado por meio das intervenções.

Ainda são necessários mais estudos e políticas públicas voltados para as gestantes moradoras de rua, pois o CSCC consegue fazer esse acompanhamento devido a equipe bem preparada. Entretanto, o mesmo não ocorre em outros centros de saúde na cidade.

## REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Índice de Vulnerabilidade Social**. 2018. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/estatisticas-e-indicadores/indice-de-vulnerabilidade-da-saude>>. Acesso em: 14 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartão Nacional de Saúde**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/cartao-nacional-de-saude/>. Acesso em: 18 de ago 2021.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE: Cidades e Estados**. Brasília, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html>. Acesso em: 14 out. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Senso 2010**. 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html> . Acesso em: 14 out. 2019.

CRISP, William E. *et al.* **The Hand Syndrome of Pregnancy, Obstetrics & Gynecology**: Março 1964 - Volume 23 - Issue 3 - p 433-437. Disponível em: [https://journals.lww.com/greenjournal/Citation/1964/03000/The\\_Hand\\_Syndrome\\_of\\_Pregnancy.18.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Citation/1964/03000/The_Hand_Syndrome_of_Pregnancy.18.aspx). Acesso em: 18/02/2021.

FARIA, Horário Pereira; CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; Santos, Max André dos. Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde. Belo Horizonte: Nescon/UMFG, 2018. 98p.

GRINDHEIM, Guro. Changes in pulmonary function during pregnancy: a longitudinal cohort study. **BJOG**. 2012 Jan;119(1):94-101. Disponível em:

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2011.03158.x>.

Acesso em: 01/02/2021

HEGEWALD, Matthew J.; CRAPO, Robert O. Respiratory physiology in pregnancy. **Clinics in chest medicine**, v. 32, n. 1, p. 1-13, 2011. Disponível em: [https://www.chestmed.theclinics.com/article/S0272-5231\(10\)00132-2/abstract](https://www.chestmed.theclinics.com/article/S0272-5231(10)00132-2/abstract).

Acesso em: 01/02/2021.

HIBBARD, Judith U.; SHROFF, Sanjeev G.; CUNNINGHAM, F. Gary. Cardiovascular alterations in normal and preeclamptic pregnancy. **Chesley's Hypertensive Disorders in Pregnancy**. Academic Press, 2015. p. 291-313. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123742131000148> Acesso em: 01/02/2021.

HOFFMAN, Bárbara L. et al. **Ginecologia de WILLIAMS**. 2 ed. Porto Alegre. Artmed. 2014.

JUNIOR, Antônio Garcia Reis. **Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG**. 2011. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/23418/1/951.pdf> . Acesso em: 06 out. 2019.

LONBERG, Ulla et al. Increase in maternal placental growth hormone during pregnancy and disappearance during parturition in normal and growth hormone-deficient pregnancies. **Am J Obstet Gynecol**. 2003 Jan;188(1):247-51.

Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12548225/>. Acesso em: 01/02/2021

MAHENDRU, Amita A, et al. Maternal cardiovascular changes from pre-pregnancy to very early pregnancy. **J Hypertens**. 2012 Nov;30(11):2168-72. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22940682/>. Acesso em: 01/02/2021

MACHADO, Natália Verônica; VIANA, Helena Brandão. Atividade física na gestação.

**EFDesportes**.

Disponível

em:

<https://www.efdeportes.com/efd162/atividade-fisica-na-gestacao.htm>. Acesso em 18 de ago. 2021.

MANN, Luana *et al.* Dor lombo-pélvica e exercício físico durante a gestação / **Fisioter. mov**; 21(2): 99-105, abr.-jun. 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-528930>. Acesso em 18 de ago. 2021.

MARQUES, Bruna Leticia *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452021000100211&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000100211&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Caderno de atenção básica** – atenção ao pré-natal de baixo risco. 2013. Brasília. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf). Acesso em: 15 jan. 2021.

MOR, Gil, *et al.* Inflammation and pregnancy: the role of the immune system at the implantation site. **Ann N Y Acad Sci**. 2011 Mar;1221(1):80-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3078586/>. Acesso em: 01/02/2021

MOR, Gil; CARDENAS Ingrid. The immune system in pregnancy: a unique complexity. **Am J Reprod Immunol**. 2010 Jun;63(6):425-33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3025805/>. Acesso em: 01/02/2021

MOORE, Keith L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, Mark G. **Embriologia Básica**. 9ª ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara-Koogan. 2016.

PAULA, Lorraine Catarin *et al.* Implicações da deficiência materna de vitamina D: uma revisão sistemática. **Femina**; 49(1): 44-51, 20210131. Disponível em:

[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/02/1146937/femina\\_2020\\_491\\_p44-51-implicacoes-da-deficiencia-materna-de-v\\_tSOxPoe.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/02/1146937/femina_2020_491_p44-51-implicacoes-da-deficiencia-materna-de-v_tSOxPoe.pdf). Acesso em: 15 jan. 2021.

PORTAL BELO HORIZONTE. – **Síntese da história de BH**. 2018. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/politica-urbana/2018/planejamento-urbano/cca\\_anexo\\_iv\\_-\\_sintese\\_da\\_historia\\_de\\_bh.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/politica-urbana/2018/planejamento-urbano/cca_anexo_iv_-_sintese_da_historia_de_bh.pdf). Acesso em 31 de ago 2021.

PORTAL BELO HORIZONTE. **Belo Horizonte em números**. 2019. Disponível em: <http://portalbelohorizonte.com.br/negocios/belo-horizonte-em-numeros>. Acesso em 16 de dez 2020.

SANDHU, Katherine Shaio *et al.* Gross and microscopic hematuria: guidelines for obstetricians and gynecologists. **Obstet Gynecol Surv** 64(1):39, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19099611/>. Acesso em: 18/02/2021

SMALLRIDGE, Robert C. *et al.* Thyroid function inside and outside of pregnancy: what do we know and what don't we know? **Thyroid**. 2005 Jan;15(1):54-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15687824>. Acesso em: 18/02/2021.

WILSON, Maxim *et al.* Blood pressure, the renin-aldosterone system and sex steroids throughout normal pregnancy. **Am J Med**. 1980 Jan;68(1):97-104. Disponível em [https://www.amjmed.com/article/0002-9343\(80\)90178-3/pdf](https://www.amjmed.com/article/0002-9343(80)90178-3/pdf). Acesso em: 01/02/2021

YURI, Mônica\_Takito. Atividade física durante a gestação e baixo peso ao nascer: um estudo de casos e controles. **Universidade de São Paulo**; s.n; 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-478051>. Acesso em 18 de ago. 2021.

ZEEMAN, Gerda G; CUNNINGHAM, Garry F; PRITCHARD, Jack A. The magnitude of hemoconcentration with eclampsia. **Hypertension in pregnancy**, v. 28, n. 2, p.

127-137, 2009. Disponível em:  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10641950802556092>. Acesso em:  
18/02/2021.