

WALKIRIA SILVA LEONEL DIAS

Perfil das gestantes do PSF II do município de Itamogi/MG

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

Orientador: Mário Dias Corrêa Jr

Uberaba 2011

WALKIRIA SILVA LEONEL DIAS

Perfil das gestantes do PSF II do município de Itamogi/MG

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

Orientador: Mário Dias Corrêa Jr

Banca Examinadora

Mário Dias Corrêa Jr
Prof. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte: 23/08/2011

DEDICO a Deus por tudo que tem me proporcionado
nesta caminhada;

*Aos meus pais pelo apoio e companheirismo em todas as
etapas de minha vida.*

*Ao meu marido, que está do meu lado para prosseguir
com meus sonhos e ideais.*

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar forças e me guiar em todos os momentos de minha vida;

Aos meus pais, que são responsáveis por eu ser quem eu sou e de me proporcionarem

sempre o melhor;

À minha tutora Fernanda Carolina Camargo, pela atenção e paciência, e por me fazer ver que somos capazes de muito mais, principalmente ao proporcionar a saúde e bem estar às pessoas;

Ao orientador Mário Dias Corrêa Jr pela ajuda para a conclusão deste trabalho monográfico;

Às colegas do curso, que lembrarei com saudade;

À minha equipe de trabalho que me ajuda a cada dia a ser uma profissional mais determinada;

A todos que direta ou indiretamente me ajudaram a conquistar mais esta etapa.

RESUMO

Gravidez não é doença, mas traz muitas mudanças na vida de uma mulher. E com isso o Programa de Saúde da Família (PSF) tem a prioridade de proporcionar à mulher e seu filho, um bom pré-natal, prevenindo complicações. Este trabalho avaliou o perfil das gestantes (N=54) do PSF II “Eurípedes Vicente de Paula” de Itamogi/MG no ano de 2010. Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, epidemiológica e transversal referente às características clínicas, sociodemográficas e familiares das gestantes, através de registros do Sistema de Informação sobre Pré-Natal (SISPRENATAL) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A idade predominante das gestantes foi de 25 a 39 anos (38,88%) seguida pela idade de 20 a 24 (22,22%), a cor da pele branca ultrapassou os 50% seguida pela cor parda com 27,77%, o principal nível de escolaridade foi o ensino fundamental (66,66%). A maioria das gestantes se encontrava casada (46,29%), e sua ocupação principal foi Do lar (55,55%). O pré-natal foi iniciado no 1º trimestre (66,66%), quase 50% primíparas, grande parte dos partos foram normais (70,17%). O chefe da família das gestantes cadastradas foi em sua maioria do sexo masculino (87,04%) com idade predominante de 21 a 30 anos (37,03%), a renda do chefe de família foi em sua maioria de um salário (48,14%), a média de moradores menores de 14 anos e acima de 15 anos foi de dois. A casa onde residem era feita de tijolo (55,55%) e grande parte delas é própria (68,52%), com energia elétrica, rede de esgoto, tratamento e abastecimento de água. Apenas 3,70% tinham plano de saúde na família, e a procura era primeiro à Unidade de saúde (98,15%); rádio, televisão e celular foram os meios de comunicação mais usados (64,82%). Grupos religiosos são freqüentados por menos da metade das famílias (44,45%), e 31,50% possuíam meio de transporte próprio. A atenção à saúde da mulher na gestação e parto permanece como um desafio tanto no que se refere à qualidade, quanto nos aspectos relacionados em torno do cuidado, ainda hoje centrado em um modelo curativo.

Descritores: Gravidez, Atenção primária, Pré-Natal, Saúde da mulher, Programa de Saúde da Família, Epidemiologia nos serviços de Saúde, Enfermagem

Palavras-chave: Cuidado Pré-natal. Saúde da Mulher. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Pregnancy is not a disease but brings many changes in a woman's life. And with that the Family Health Program (FHP) has the priority to provide the woman and her son, a good prenatal care, preventing complications. This study evaluated the profile of the women (N = 54) of PSF II "Euripides Vicente de Paula" in Itamogi / MG in 2010. It was a quantitative research, epidemiological and cross-reference to the clinical, sociodemographic and family of pregnant women, through records of the Information System on Pre-Natal (SISPRENATAL) and Information System (SIAB). The predominant age of the women was 25 to 39 years (38.88%) followed by the age of 20 to 24 (22.22%), skin color white over 50% followed by 27.77% with brown, the primary level of education was primary education (66.66%). Most of the women was married (46.29%), and their main occupation was the home (55.55%). Prenatal care was initiated in the first quarter (66.66%), almost 50% primiparous, most of the deliveries were normal (70.17%). The head of the family of the women enrolled were mostly male (87.04%) with predominant age 21 to 30 years (37.03%), the income of the household head was mostly a salary (48 , 14%), the average number of residents under age 14 and above 15 years was two. The house where they live was made of brick (55.55%) and most are very (68.52%), with electricity, sewage treatment and water supply. Only 3.70% had health insurance in the family, and demand was the first health unit (98.15%), radio, television and mobile phones were the most commonly used media (64.82%). Religious groups are attended by less than half of households (44.45%), and 31.50% had their own means of transport. The health care of women during pregnancy and childbirth remains a challenge both in terms of quality, and in the surrounding aspects of care, still focused on a healing model.

Keywords: Prenatal Care. Women's Health. Family Health Program.

SUMÁRIO

| | |
|------------------------------|----|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| OBJETIVO..... | 12 |
| METODOLOGIA | 13 |
| DESENVOLVIMENTO | 14 |
| RESULTADOS E DISCUSSÃO | 19 |
| CONCLUSÃO | 28 |
| REFERÊNCIAS | 29 |

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo assunto surgiu devido ao atendimento de grande número de gestantes como enfermeira da equipe de PSF “Eurípedes Vicente de Paula”, Itamogi/ Minas Gerais desde 2003, e pelos anos de trabalho na referida equipe de saúde, o que me possibilitou uma visão melhor das necessidades de saúde da população da área de abrangência.

A equipe na qual estou inserida localiza-se numa área periférica no município de Itamogi/MG, onde a assistência à saúde se faz-se muito mais necessária.

O aumento do número de gestantes cadastradas pela equipe tem dois lados a serem avaliados. O lado positivo deste aumento mostra que a captação destas pacientes está a cada dia mais eficiente, e evidenciando a importância do início do Pré-Natal no primeiro trimestre de gravidez. O lado negativo é que a equipe pode estar deixando de trabalhar, principalmente com multiprofissionais na orientação da sexualidade e planejamento familiar.

O mundo que envolve a mãe e o futuro bebe é fantástico, com transformações fisiológicas, psicológicas e físicas. Esta fascinante mudança é que dá entusiasmo e brilho aos meus olhos, para que a cada dia mais eu possa aprimorar meus conhecimentos e colocá-los em prática.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde é uma estratégia de produção de saúde; um modo de pensar e de conduzir sempre articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, e com isso contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. (BRASIL, 2010).

Na Constituição Federal de 1988, o estado brasileiro assume a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do estado no País, entre os quais a saúde. Neste contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer. (BRASIL, 2010, p 12)

O Programa Saúde da Família (PSF) teve seu início em 1994, proposto pelo Ministério da Saúde do Brasil, se tornando indispensável para implementação do SUS e fortalecendo a Atenção Básica à Saúde. Os princípios e diretrizes do SUS reforçam o atendimento ao usuário como a integralidade, a universalidade, a equidade e a participação social (BRASIL, 2007).

As equipes de saúde desta estratégia contam com uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde referentes a uma área de abrangência, de território delimitado (BRASIL, 2007).

Conhecer as características da área de abrangência permite ao Programa Saúde da Família (PSF) direcionar de forma mais eficaz as suas ações, pois é somente conhecendo o perfil da população, como ela vive, do que adoecer e morrer é que se tem uma visão mais ampla do cenário em que a unidade se insere.

Nessa proposta, os profissionais de saúde devem estar aptos a conhecer a população de uma forma bem mais ampliada ou, pelo menos, dispor de informações que lhes possibilitem reconhecer as condições de vida, tornando-se sujeito/profissional ativo do processo de transformação da realidade e gerador das mudanças necessárias.

A assistência deve ser sempre diferenciada e quando se trata de pré-natal, a atenção não deve ser encarada somente como uma assistência fragmentada e medicocêntrica, mas

como um trabalho complexo, entre a gestante, sua família e os profissionais da equipe de saúde.

A atenção dispensada pelo enfermeiro à mulher grávida no pré-natal é uma das ações recomendadas no Programa Saúde da Mulher, garantido por meio de políticas públicas de saúde. O enfermeiro deve dar especial atenção aos órgãos dos sentidos como um dos instrumentos utilizados na prestação de um cuidado sensível, facilitador da aproximação entre o cuidador e o cliente. Saber utilizar os cinco sentidos com sensibilidade é requisito primordial no trabalho com a mulher grávida, dada a sensibilidade emocional por ela manifestada (DUARTE; ANDRADE, 2006).

A gravidez é uma fase muito importante na vida de uma mulher e a coloca em um estado que exige cuidados, devido às modificações que ocorrem em seu organismo. Desse modo a ausência de um pré-natal adequado pode resultar em situações de risco e a ocorrência de óbitos tanto da mãe quanto da criança (COELHO; PORTO, 2009).

OBJETIVO

Objetivo Geral

- Descrever o perfil das gestantes cadastradas no ano de 2010 na área de abrangência do PSF II “Eurípedes Vicente de Paula” de Itamogi, MG.

Objetivos Específicos

- Caracterizar as gestantes quanto a fatores sociodemográficos e clínicos;
- Identificar as relações existentes entre os fatores sociodemográficos e as características clínicas na população das mulheres gestantes.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um estudo quantitativo, epidemiológico, transversal, referente às características da população gestante do PSF II “Eurípedes Vicente de Paula”, município de Itamogi/MG. Os dados desta análise tiveram como fonte os dados das fichas cadastrais das gestantes, ficha A e B, do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB).

O recorte temporal foi do ano de 2010, pois nesse período os referidos dados foram alimentados pela pesquisadora, na unidade de saúde da pesquisa, a fim de se garantir maior fidedignidade aos resultados do estudo. Foi elaborado um banco de dados com as características em estudo através do software Excel. Foi utilizado a distribuição de frequências absolutas (n) e relativa (porcentagem %).

As variáveis do estudo foram constituídas por características sócio-demográficas: faixa etária, estado civil, tipo de família, número de pessoas que residem na moradia, tipo de habitação, tipo de saneamento básico, meio de comunicação, presença de convênios de saúde; clínicas: número de gestações, número de partos, tipo de partos, número de abortos, número de filhos, início do pré-natal por trimestre.

Em relação aos aspectos éticos, as gestantes serão caracterizadas por códigos a fim de se manter o anonimato e foi solicitado consentimento ao Secretário Municipal de Saúde de Itamogi/MG para coleta dos dados referidos.

DESENVOLVIMENTO

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a assistência à saúde no País tinha uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias, e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos: previdenciários e não-previdenciários (BRASIL, 2003)

Esse processo evoluiu com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os Governos Estaduais. O SUDS já era uma tentativa de se fazer o SUS ainda sem as necessárias definições constitucionais e de uma lei complementar. Como sua implementação se dava por meio da celebração de convênio, a participação da Secretaria Estadual de Saúde, era opcional. Se o Estado não concordasse em participar do SUDS, o INAMPS continuaria executando suas funções. Com isso houve um grande avanço, principalmente pelo fato de iniciar um sistema de saúde de caráter universal. Esse processo culminou com a criação do SUS e a consagração de seus princípios e diretrizes na Constituição Federal de 1988 e em toda a legislação que regulamenta o sistema. (BRASIL, 2003).

A assistência materno-infantil no Brasil tem sido prioritária; é uma das atividades realizadas há mais tempo nos serviços públicos e orientada principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil. A implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no ano de 1983 ampliou as ações de saúde destinadas às mulheres, que deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção (TREVISAN, *et al.*, 2002; SERRUYA, *et al.*, 2004).

Uma década depois surge o Programa de Saúde de Família (PSF), concebido em dezembro de 1993, na tentativa de melhorar a atenção básica e reformular do modelo assistencial vigente. Passou a ser o modelo para reorientar as práticas de atenção, sendo sua expansão uma estratégia prioritária do governo federal para a ampliação da cobertura da atenção à saúde da população, propondo nos cenários dos serviços de saúde, a priorização das ações de promoção e recuperação da saúde das pessoas e das famílias de forma integral e contínua, tendo como meta a assistência básica humanizada e participativa, centrada na família, em conformidade com os princípios do SUS (SILVA, *et al.*, 2011).

O Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) foi desenvolvido para ser um instrumento de apoio aos PSF's. Por este sistema são cadastradas as famílias vinculadas aos programas e incluem-se dados demográficos, socioeconômicos, ambientais e culturais, além dos relativos à morbidade e à mortalidade (BRASIL,2003).

O usuário do SUS não precisa dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência curativa e preventiva. No PSF, a equipe de saúde da família está capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adscrita, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras enfermidades) com o fornecimento de medicamentos. Seguindo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais do PSF (ALVES, 2005).

Assim, a saúde da família e da coletividade pode desenvolver-se de forma mais plena caso seja compreendida não como um programa para a saúde restrito a procedimentos organizacionais e financeiros, mas como projeto concreto, provido de interesses, diversidade, desejos e intencionalidades com o objetivo de formular políticas que promovam os movimentos de rever-se e dispor-se a mudar (ROSA; LABATE, 2005).

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da Saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas (BRASIL, 2010).

A promoção da saúde sempre se faz necessária, pois é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País. Isso visa à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2010).

Juntamente com o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), surgem na área materno-infantil, propostas específicas em relação à humanização da assistência, dentre elas, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), um programa da OMS (Organização Mundial da Saúde) e UNICEF (Fundos das Nações Unidas para a Infância) que protege, promove e apóia o aleitamento materno. O Ministério da Saúde, no ano de 2000, instituiu portarias, onde uma delas é o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem sua

base na integralidade da assistência obstétrica e na afirmação dos direitos da mulher incorporados nas diretrizes institucionais (SILVA, *et al.*, 2011).

Tendo por objetivo central reduzir a morbidade e mortalidade, tanto materna quanto infantil, o programa de pré-natal caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações preventivas e educativas e, por meio do contato freqüente e planejado da gestante com os serviços de saúde, no rastreamento de gestantes de alto risco e intervenção precoce nos problemas que afetam a gravidez (CARVALHO; NOVAES 2004).

Segundo Trevisan *et al.* (2002), a gravidez, apesar de ser processo fisiológico e um acontecimento especial na vida de uma mulher, produz muitas modificações no corpo materno que o coloca no limite do patológico. Desse modo, se a gestante não for adequadamente acompanhada, o processo reprodutivo transforma-se em situação de alto risco tanto para a mãe quanto para o feto, e isso requer algumas adaptações especiais para o bem estar e saúde dela e do feto.

Por isso, o sucesso de uma boa gestação depende de medidas preventivas como: nutrição e exercícios adequados, avaliações da gestante e um planejamento de cuidados. Estes cuidados são contemplados nas consultas pré-natais, mediante atendimento integrado à saúde da gestante e do bebê. (SILVA, 2006)

Trevisan *et al.* (2002) ainda complementam que:

[...] a gravidez é influenciada por múltiplos fatores, desde os de natureza biológica até as características sociais e econômicas da população, além do acesso e qualidade técnica dos serviços de saúde disponíveis à população. Nos países subdesenvolvidos, de assistência médica precária, a atenção pré-natal representa, talvez, a única oportunidade para as mulheres receberem assistência médica. Constitui, portanto, um exercício de Medicina Preventiva, visando primordialmente a preservação da saúde física e mental da grávida e identificação das alterações próprias da gravidez que possam repercutir nocivamente sobre o feto.

Os aspectos biopsicossociais não são mais hierárquicos, onde a assistência à mulher grávida não é restrita a modelos biomédicos, levando em consideração seus sentimentos acerca da experiência em suas múltiplas dimensões, visto que a gestação é um momento único e singular na vida das mulheres (DUARTE; ANDRADE, 2006).

É necessário conhecer o que as mulheres pensam a respeito do pré-natal, principalmente aquelas que não aderem ao acompanhamento. Recomenda-se a formação de grupos operativos, composto por mulheres grávidas, de modo que haja troca de experiência entre as gestantes; com isso, o enfermeiro pode identificar os mitos que envolvem o pré-natal e promover a sensibilização para a sua adesão. Alguns trabalhos alternativos como sessões de relaxamento, atividades ocupacionais (bordado, tricô, pinturas, entre outras), atividades educacionais, também são recomendadas. Além da integração entre o enfermeiro e as

gestantes, configura-se a possibilidade de entendimento da saúde como produção social, isto é, como um processo construtivo que uma coletividade pode conquistar em seu dia-a-dia (DUARTE; ANDRADE, 2006).

Ressalta-se a necessidade de uma atuação especial por parte do Enfermeiro em relação às gestantes, devendo este apresentar competências que possibilitem o estabelecimento de ações comprometidas com a qualidade e efetividade da assistência prestada. Os cuidados prestados abrangem desde questões psicoafetivas das gestantes até a abordagem familiar. Consideram-se ainda intervenções individuais por meio de consultas de enfermagem, abordagens coletivas pela visita domiciliar e realização de grupos educativos em saúde, sobre a temática (NUNES, 2010).

O período fetal começa aproximadamente na 8ª semana após a fecundação e termina com o nascimento. O feto tem características humanas, o crescimento do corpo é rápido e a gordura é depositada durante as últimas 6 a 8 semanas. Durante a última parte do período fetal, o conceito aumenta a sua capacidade para realizar muitas de suas funções bioquímicas e fisiológicas, típicas dos sistemas e órgãos do corpo. Algumas dessas maturações ocorrem por volta da época do nascimento, e algumas continuam após o período pós-natal (GAMEIRO, 2010).

Embora os órgãos e sistemas fetais funcionem somente em grau limitado no protegido ambiente intra-uterino, eles desenvolveram a capacidade para funcionar independentemente na época do nascimento, que ocorre no final do 9º mês, e ocasionalmente bem mais cedo. Os bebês que nascem prematuramente são comumente hábeis para desempenhar muito bem as suas funções quando submetidas a cuidados especiais. Quanto mais longo o período intra-uterino, melhores são as probabilidades de sobrevivência, desde que as condições intra-uterinas sejam boas (GAMEIRO, 2010).

O calendário das consultas de pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam mais risco materno e perinatal. É fundamental que ele seja iniciado precocemente, ou seja, no primeiro trimestre. Assim, o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. O espaçamento menor das consultas no último trimestre 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 (COELHO; PORTO, 2009).

Alguns exames são obrigatórios e devem ser solicitados na primeira consulta. São eles: grupo sanguíneo e fator Rh, com realização periódica do teste de Coombs indireto para

aquelas com fator Rh negativo; hemograma; exame para toxoplasmose; glicemia de jejum; VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory test*); anti-HIV deverá ser oferecido a todas as gestantes, com aconselhamento pré e pós-teste; exame de urina de rotina (COELHO; PORTO, 2009).

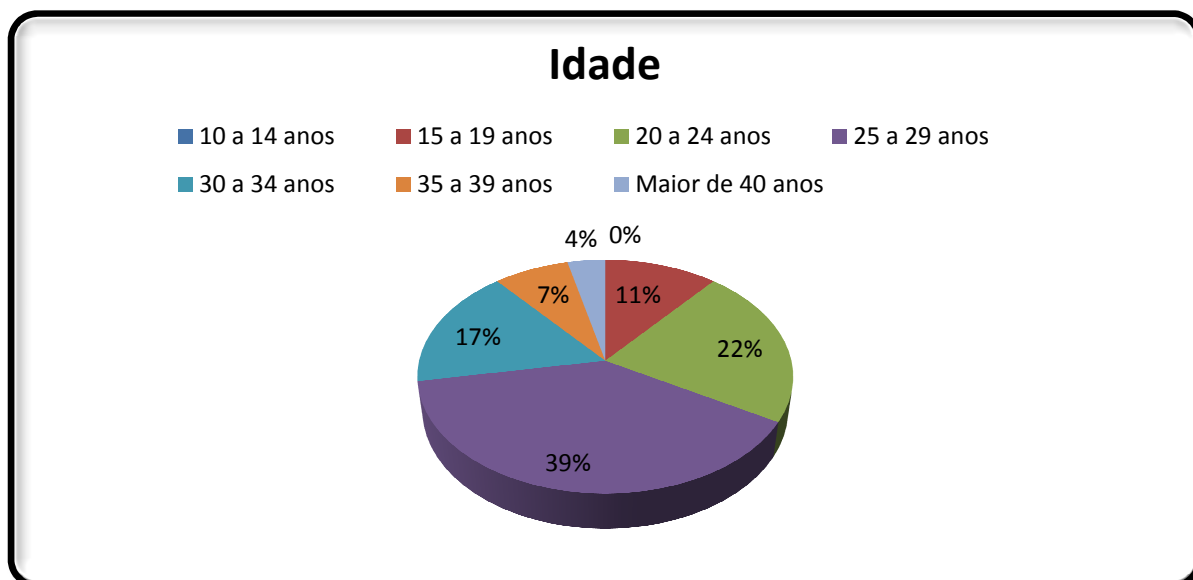
Embora o calendário de vacinação da gestante seja de ampla divulgação, observamos no cotidiano do trabalho da equipe a ocorrência de alguns equívocos em relação à indicação da vacina antitetânica. A imunização da gestante previne o tétano neonatal e está disponível em todo o território nacional sob a forma de vacina dupla (tétano e difteria) ou toxóide tetânica (COELHO; PORTO, 2009).

A atenção ao pré-natal visa acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, o acompanhamento, a continuidade no atendimento e avaliação; e ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, transmitir-lhe apoio e confiança, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família (BRASIL, 2006).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Começando pela análise sociodemográfica, a área de abrangência possui mais homens (52%) do que mulheres (48%). A idade predominante das gestantes é de 25 a 29 anos (38,88%) seguida pela idade de 20 a 24 (22,22%), mostrando que no ano de 2010 a gravidez na adolescência diminuiu conforme o esperado. A cor da pele branca ultrapassa os 50% seguida pela cor parda com 27,77%. A escolaridade das gestantes é em sua maioria o Ensino Fundamental (66,66%) e apenas uma das gestantes da pesquisa cursou uma universidade (1,85%) (Tabela 1) (Gráfico 1)

Gráfico 01- Características sociodemográficas das gestantes cadastradas no PSF “Eurípedes Vicente de Paula”, Itamogi/MG, 2010.



Quanto ao estado civil, a maioria se encontra casada (46,29%), mas a união estável (29,62%) e a gestante solteira (24,07%) têm valores próximos. A ocupação das futuras mães é vasta, mas a maioria delas é do lar (55,55%), deixando o sustento da casa para o chefe da família, seguido pela ocupação de lavradora (11,11%) (Tabela 1).

Apesar de a maioria das gestantes não trabalhar, a creche localizada na área de abrangência do PSF não disponibiliza vagas, mostrando que mesmo a mãe não trabalhando, coloca os filhos na creche, diminuindo o vínculo afetivo ou até mesmo deixando seu filho na creche para alimentar-se melhor.

Quanto às consultas, grande parte das gestantes iniciou o pré-natal no 1º trimestre (66,66%), e apenas uma pequena parte iniciou no 2º trimestre (33,33%). Nenhuma das pacientes incluídas na pesquisa iniciou o pré-natal no 3º trimestre (Tabela 2).

Mesmo sem saber se a gravidez foi planejada ou não, a pesquisa mostra que as gestantes são em sua maioria primíparas (46,29%). A fecundidade das mulheres aparenta estar controlada, pois um número menor se encontra na 2ª (20,37%), e 3ª gestações (22,22%). A 7ª gestação (1,85%) é o máximo que uma mulher chegou dentro dos dados coletados (Tabela 2).

A partir da segunda metade da década de 1990 houve uma série de iniciativas governamentais que objetivavam a redução das altas taxas de cesárea e a qualificação do conjunto da assistência perinatal (GAMA, 2009). A pesquisa com as gestantes trouxe um resultado positivo, pois 70,17% dos partos foram normais contra 29,83% de cesárea. Avaliando as gestações anteriores, algumas não transcorreram normalmente, evoluindo para aborto espontâneo (9,25%) ou natimortos (1,85%) (Tabela 2). Se tratando da gestação atual, três abortos espontâneos foram registrados.

O chefe da família das gestantes cadastradas no PSF é em sua maioria do sexo masculino (87,04%). Das poucas mulheres que são responsáveis pelo sustento da casa (12,96%), em apenas dois casos trata-se da própria gestante (3,70%) (Tabela 3).

Ainda analisando o chefe da família, a idade predominante foi de 21 a 30 anos (37,03%), seguida pela idade de 31 a 40 anos (29,65%), mostrando que os adultos jovens estão na liderança da casa. Os idosos acima de 60 anos ficaram com uma minoria (5,55%), tirando a responsabilidade de gastar a aposentadoria com o sustento da família.

Apesar da área de abrangência do PSF ser de classe baixa, os resultados mostraram que a renda do chefe de família é em sua maioria de um salário (48,14%), tendo apenas uma pequena quantidade que sobrevive com menos de um salário (5,55%). A própria gestante não é a chefe de família, somente uma pequena parte tem esta responsabilidade (3,70%) (Tabela 3).

Tabela 01. Características sociodemográficas das gestantes cadastradas no PSF “Eurípedes Vicente de Paula”, Itamogi/MG, 2010.

| <i>Variáveis</i> | <i>(n)</i> | <i>(%)</i> |
|---------------------------------|------------|------------|
| <i>Cor da Pele</i> | | |
| Amarela | 0 | 0 |
| Branca | 30 | 55,55 |
| Indígena | 0 | 0 |
| Parda | 15 | 27,77 |
| Preta | 9 | 16,66 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Grau de Instrução</i> | | |
| Ensino fundamental | 36 | 66,66 |
| Ensino médio | 17 | 31,48 |
| Universitário Completo | 1 | 1,85 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Estado Civil</i> | | |
| Casada | 25 | 46,29 |
| Divorciada | 0 | 0 |
| Solteira | 13 | 24,07 |
| União Estável | 16 | 29,62 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Ocupação</i> | | |
| ACS | 1 | 1,85 |
| Do lar | 30 | 55,55 |
| Estudante | 2 | 3,70 |
| Vendedora autônoma | 1 | 1,85 |
| Costureira | 5 | 9,25 |
| Educadora de Creche | 1 | 1,85 |
| Manicure | 1 | 1,85 |
| Cabeleireira | 1 | 1,85 |
| Balconista | 2 | 3,70 |
| Lavradora | 6 | 11,11 |
| Secretária do Lar | 3 | 5,55 |
| Profissional do Sexo | 1 | 1,85 |
| Total | 54 | 100 |

Tabela 02. Características clínicas das gestantes cadastradas no PSF “Eurípedes Vivente de Paula, Itamogi/MG, 2010.

| <i>Variáveis</i> | <i>(n)</i> | <i>(%)</i> |
|-----------------------------------|------------|------------|
| <i>Início do Pré-Natal</i> | | |
| 1º Trimestre | 36 | 66,66 |
| 2º Trimestre | 18 | 33,33 |
| 3º Trimestre | 0 | 0 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Gestações *</i> | | |
| Primípara | 25 | 46,29 |
| 2ª gestação | 11 | 20,37 |
| 3ª gestação | 12 | 22,22 |
| 4ª gestação | 2 | 3,70 |
| 5ª gestação | 1 | 1,85 |
| 6ª gestação | 2 | 3,70 |
| 7ª gestação | 1 | 1,85 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Tipos de Parto</i> | | |
| Vaginal | 40 | 70,17 |
| Cesário | 17 | 29,83 |
| Fórceps | 0 | 0 |
| Total | 57 | 100 |
| <i>Abortos</i> | | |
| Espontâneo | 5 | 9,25 |
| Nenhum | 49 | 90,75 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Natimortos</i> | | |
| Nenhum | 53 | 98,15 |
| 1 feto | 1 | 1,85 |
| Total | 54 | 100 |

**Incluindo a gravidez atual*

Tabela 03. Características familiares das gestantes cadastradas no PSF “Eurípedes Vivente de Paula, Itamogi/MG, 2010.

| <i>Variáveis</i> | <i>(n)</i> | <i>(%)</i> |
|-----------------------------------------------------------------|------------|------------|
| Chefe da Família | | |
| <i>Sexo</i> | | |
| Feminino | 7 | 12,96 |
| Masculino | 47 | 87,04 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Idade do Chefe da Família</i> | | |
| < 20 | 0 | 0 |
| 21 a 30 anos | 20 | 37,03 |
| 31 a 40 anos | 16 | 29,65 |
| 41 a 50 anos | 9 | 16,66 |
| 51 a 60 anos | 6 | 11,11 |
| >61 anos | 3 | 5,55 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Renda do Chefe da Família</i> | | |
| Meio salário | 3 | 5,55 |
| 1 salário | 26 | 48,14 |
| 1 salário e meio | 17 | 31,48 |
| 2 salários | 5 | 9,25 |
| Mais que 2 salários | 3 | 5,55 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>É a própria Gestante</i> | | |
| Não | 52 | 96,29 |
| Sim | 2 | 3,70 |
| Total | 54 | 100 |
| Total de habitantes da casa | | |
| <i>De 0 a 14 anos (incluindo o RN da gravidez atual)</i> | | |
| 2 habitantes | 14 | 46,66 |
| 3 habitantes | 12 | 40 |
| 4 habitantes | 2 | 6,66 |
| 5 habitantes | 0 | 0 |
| 6 habitantes | 2 | 6,66 |
| Total | 30 | 100 |
| <i>De 15 anos ou mais (incluindo a gestante)</i> | | |
| 1 habitante | 2 | 3,70 |
| 2 habitantes | 34 | 62,96 |
| 3 habitantes | 9 | 16,66 |
| 4 habitantes | 8 | 14,81 |
| 5 habitantes | 0 | 0 |
| 6 habitantes | 1 | 1,85 |
| Total | 54 | 100 |

A quantidade de moradores da casa, acima de 15 anos é na maioria dos casos de dois (62,96%); o número máximo de pessoas nesta mesma faixa etária é de seis pessoas, representando apenas 1,85% do total. Quanto aos moradores menores de 14 anos, incluindo o

recém nascido da gravidez atual os dados são semelhantes, com a maioria apresentando dois moradores (46,66%) e o máximo de seis moradores (6,66%) (Tabela 03).

A casa onde residem as gestantes é feita de tijolo (55,55%) e grande parte delas é própria (68,52%). A comodidade da casa parece estar presente, pois mais de 70% das moradias tem de 3 a 5 cômodos (Tabela 04).

A energia elétrica, assim como o abastecimento e tratamento de água estão presentes 100% nas casas. A coleta do lixo e a rede de esgoto também estão garantidas na sua totalidade (Tabela 04)

Ao avaliar a saúde da família da gestante, constatou-se que apenas duas famílias possuem plano de saúde (3,70%), ficando o restante por responsabilidade do SUS. As pessoas procuram a Unidade de Saúde quando estão doentes (98,15%), pois o município conta somente com quatro PSF's, um Pronto Atendimento e uma unidade de saúde. O hospital está sendo reestruturado neste ano de 2011. (Tabela 05)

Rádio e televisão e celular são os meios de comunicação mais presentes entre as pessoas que compõem a família das gestantes (64,82%). Grupos comunitários, como o religioso são freqüentados por menos da metade das famílias (44,45%).

Como a cidade de Itamogi tem área territorial urbana pequena, o carro ainda não faz parte da maioria das famílias pertencentes à pesquisa realizada (31,50%)

Tabela 04. Características ambientais das gestantes cadastradas no PSF “Eurípedes Vivente de Paula, Itamogi/MG, 2010.

| <i>Variáveis</i> | <i>(n)</i> | <i>(%)</i> |
|-------------------------------------------------|------------|------------|
| <i>Tipo de casa</i> | | |
| Tijolo | 30 | 55,55 |
| Outros materiais | 24 | 44,45 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Moradia</i> | | |
| Alugada | 17 | 31,48 |
| Própria | 37 | 68,52 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Número de Cômodos por residência*</i> | | |
| < 3 | 0 | 0 |
| 3 a 5 | 38 | 70,37 |
| > 5 | 16 | 29,62 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Energia Elétrica</i> | | |
| Sim | 54 | 100 |
| Não | 0 | 0 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Abastecimento de água</i> | | |
| Rede Pública | 54 | 100 |
| Outros | 0 | 0 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Tratamento da água no domicílio</i> | | |
| Cloração | 54 | 100 |
| Sem tratamento | 0 | 0 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Destino do Lixo</i> | | |
| Coleta Pública | 54 | 100 |
| Outros | 0 | 0 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Destino de Fezes e Urina</i> | | |
| Esgoto | 54 | 100 |
| Outros | 0 | 0 |
| Total | 54 | 100 |

*Incluindo banheiros

Tabela 05. Características comunitárias e de comportamento à saúde das gestantes cadastradas no PSF “Eurípedes Vivente de Paula, Itamogi/MG, 2010.

| <i>Variáveis</i> | <i>(n)</i> | <i>(%)</i> |
|-------------------------------------------------------|------------|------------|
| <i>Alguém da família possui plano de saúde</i> | | |
| Sim | 2 | 3,70 |
| Não | 52 | 96,30 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Em caso de doença procura primeiro</i> | | |
| Unidade de Saúde | 53 | 98,15 |
| Hospital | 1 | 1,85 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Meios de comunicação que mais utiliza</i> | | |
| Rádio e Televisão | 8 | 14,82 |
| Rádio e Celular | 6 | 11,11 |
| Rádio, Televisão e Celular | 35 | 64,82 |
| Televisão e Celular | 5 | 9,25 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Participa de Grupos Comunitários</i> | | |
| Sim (<i>Religioso</i>) | 24 | 44,45 |
| Não | 30 | 55,55 |
| Total | 54 | 100 |
| <i>Meios de transporte que mais utiliza</i> | | |
| Ônibus | 3 | 5,55 |
| Caminhão | 0 | 0 |
| Carroça | 3 | 5,55 |
| Carro | 17 | 31,50 |
| Outros | 31 | 57,40 |
| Total | 54 | 100 |

Apesar da importância do cuidado pré-natal, a assistência pré-natal no país é desarticulada e parcial. Assim, a atenção à saúde da mulher na gestação e parto permanece como um desafio tanto no que se refere à qualidade, quanto nos aspectos relacionados em torno do cuidado, ainda hoje centrado em um modelo medicalocêntrico, hospitalocêntrico e tecnocrático.(COSTA, 2009)

A consulta de enfermagem contribui para que a gestante enfrente esta etapa da vida com mais tranquilidade, pois lhe permite compreender e expressar os diversos sentimentos vivenciados. Entretanto, as ações educativas, entendida como atividades contíguas à consulta, que incluem orientações sobre planejamento familiar e cuidados com o recém-nascido que abrange a prática e amamentação, pautam-se no modelo tradicional de transmissão das informações, na qual a mulher é colocada em uma posição passiva, que impede exploração dos seus conhecimentos prévios, conseqüentemente negociação dos cuidados requeridos.

Faz-se necessário, portanto, para garantir a aderência das gestantes aos cuidados trabalhados na consulta de enfermagem, aprofundar a forma de abordagem, principalmente partindo do conhecimento das suas necessidades principais, que se baseiem no seu modo de vida, na sua cultura.

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde sejam ampliadas, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva ações e serviços que atuem na prevenção de maiores agravos e sobre os efeitos do adoecer.

CONCLUSÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde veio para fortalecer a atenção primária à saúde e direcionar melhor as ações desenvolvidas pela equipe, então criada para atender toda a população. Os profissionais inseridos neste programa têm por obrigação colher o máximo de informações possíveis dos pacientes para que a assistência seja completa, como um todo e não fragmentada. A promoção à saúde se faz necessária sempre.

A mulher, quando descobre que está com um filho em seu ventre, merece uma atenção mais que especial, pois a gravidez é uma fase muito importante e requer muitos cuidados, evitando assim complicações e problemas maiores como a morte.

Por isso o pré-natal é o acompanhamento especial para a mãe e para o bebê que irá nascer. O enfermeiro e o médico, profissionais capacitados para realizar esta consulta, devem estar atentos a qualquer mudança tanto física quanto emocional desta paciente, pois uma grande quantidade de hormônios muda o seu ciclo normal. Orientações com multiprofissionais também são importantes, como Dentista, Nutricionista, entre outros, promovendo sempre o bem-estar desta paciente e de toda sua família.

De acordo com o que foi proposto, descrevemos o perfil das gestantes cadastradas no Programa de Saúde da Família “Eurípedes Vicente de Paula”. Essas são em sua maioria, adultas jovens, brancas, com escolaridade fundamental, casadas e de profissão do lar.

Quanto ao pré-natal, grande parte iniciou no 1º trimestre, teve parto normal, e é constituída de primíparas. O chefe da família é do sexo masculino, adultos jovens também; a renda é em torno de um salário, o número médio de moradores da casa são dois habitantes. A moradia é de tijolo, própria, com energia elétrica, rede de esgoto, tratamento e abastecimento de água. A saúde é garantida pelo SUS, nas Unidades de saúde. Os meios de comunicação mais usados é rádio, televisão e celular; Grupos Religiosos são freqüentados por menos da metade das famílias

A atenção à saúde da mulher na gestação e parto permanece como um desafio tanto no que se refere à qualidade, quanto nos aspectos relacionados em torno do cuidado, ainda hoje centrado em um modelo curativo. Esperamos que esses dados sejam úteis no entendimento da nossa realidade e na adoção de políticas de saúde e de medidas preventivas mais efetivas.

Muitas são as dimensões com as quais o enfermeiro está comprometido, como prevenir, proteger, tratar, recuperar, promover e produzir saúde. E muitos são os desafios em lidar com o ser humano, ficando evidente a importância dos resultados alcançados como um pré-natal bem conduzido envolvendo o binômio mãe-filho.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, **Interface- Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf> Acesso em 19 de Junho de 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003. 248 p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf Acesso em 19 de Junho de 2011.

BRASIL. 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**. Brasília: DF, MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3 ed. Brasília, Distrito Federal, 2010.

CARVALHO D. S, NOVAES H. M. D. **Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas**. Caderno de Saúde Pública 2004; 20(2): S220-230. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v20s2/17.pdf> Acesso em 28 de Maio de 2011.

COELHO, S; PORTO, Y.F. **Saúde da Mulher** Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2009.115 p.

COSTA, G. D. *et al.* **Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família**. Ciências saúde coletiva, v. 14, supl.1. Rio de Janeiro, Set./Out. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800007&lang=pt&tlng=pt>. Acesso em: 31 de Maio de 2011.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. de. **Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família**. *Esc. Anna Nery* [online]. 2006, v.10, n.1, pp. 121-125. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000100016&lang=pt Acesso em 4 de julho de 2011

GAMA, A. de S. et al. **Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, Nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 de agosto de 2011.

GAMEIRO, C. M. **9 meses de conquistas** Disponível em: <http://www.dragteam.info/forum/maternidade-planeamento-familiar/29071-9-meses-de-conquistas.html>> Acesso em: 21 de Outubro de 2010.

NUNES, J. S. **Assistência de enfermagem no pré-natal na estratégia saúde da família/atenção básica: revisão da literatura**. 2010. Monografia (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Escola de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2284.pdf> Acesso em 4 de Julho de 2011

ROSA, W.A.G; LABATE, R.C. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência**. Rev. Latino. Am. Enfermagem, v.13, n.6, p.1027-1034, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf> Acesso em 18 de Junho de 2011.

SERRUYA, S. J. et al. **O Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro 2004; 20(5):1281-1289. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/22.pdf> Acesso em 31 de Maio de 2011.

SILVA, E.T da, **Assistência Pré-natal de um serviço de atendimento secundário**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. v. 19, n. 004, 2006. Universidade de Fortaleza. Pág. 216-223. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/408/40819405.pdf> Acessado em 18 de Julho de 2010.

SILVA, L. C. F. P. da et al. **Direitos humanos e a assistência à saúde da mulher no Brasil**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, 84, 01/01/2011 [Internet]. Disponível em http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8927. Acesso em 19/02/2011

TREVISAN, M. do R. et al . **Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 24, n.5, jun. 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032002000500002&script=sci_arttext Acesso em 28 de Maio de 2011.