

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

TATIANA NASSIF GARCIA DUARTE CUNHA

**PERFIL DAS GESTANTES ACOMPANHADAS EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO INTERIOR PAULISTA**

**GUARÁ/SÃO PAULO
2011**

TATIANA NASSIF GARCIA DUARTE CUNHA	PERFIL DAS GESTANTES ACOMPANHADAS EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO INTERIOR PAULISTA	UFMG 2011
-----------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

TATIANA NASSIF GARCIA DUARTE CUNHA

**PERFIL DAS GESTANTES ACOMPANHADAS EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO INTERIOR PAULISTA**

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.

Orientadora: Ms. Fernanda Carolina Camargo

**GUARÁ/SÃO PAULO
2011**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

TATIANA NASSIF GARCIA DUARTE CUNHA

**PERFIL DAS GESTANTES ACOMPANHADAS EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO INTERIOR PAULISTA**

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.

Orientadora: Ms. Fernanda Carolina Camargo

Banca Examinadora

Ms. Fernanda Carolina Camargo - CEABSF/NESCON

Aprovado em Belo Horizonte 01/05/2011

Dedico todo esse trabalho a minha família, aos meus companheiros dessa jornada. E a minha maior dedicatória vai para meu filho, João Victor.

Filhos Brilhantes - Alunos Fascinantes

Bons filhos conhecem o prefácio da história de seus pais Filhos brilhantes vão muito mais longe, conhecem os capítulos mais importantes das suas vidas.

Bons jovens se preparam para o sucesso. Jovens brilhantes se preparam para as derrotas. Eles sabem que a vida é um contrato de risco e que não há caminhos sem acidentes. Bons jovens têm sonhos ou disciplina. Jovens brilhantes têm sonhos e disciplina. Pois sonhos sem disciplina produzem pessoas frustradas, que nunca transformam seus sonhos em realidade, e disciplina sem sonhos produz servos, pessoas que executam ordens, que fazem tudo automaticamente e sem pensar.

Bons alunos escondem certas intenções, mas alunos fascinantes são transparentes. Eles sabem que quem não é fiel à sua consciência tem uma dívida impagável consigo mesmo. Não querem, como alguns políticos, o sucesso a qualquer preço. Só querem o sucesso conquistado com suor, inteligência e transparência. Pois sabem que é melhor a verdade que dói do que a mentira que produz falso alívio. A grandeza de um ser humano não está no quanto ele sabe, mas no quanto ele tem consciência que não sabe.

O destino não é freqüentemente inevitável, mas uma questão de escolha. Quem faz escolha, escreve sua própria história, constrói seus próprios caminhos. Os sonhos não determinam o lugar onde vocês vão chegar, mas produzem a força necessária para tirá-los do lugar em que vocês estão. Sonhem com as estrelas para que vocês possam pisar pelo menos na Lua. Sonhem com a Lua para que vocês possam pisar pelo menos nos altos montes. Sonhem com os altos montes para que vocês possam ter dignidade quando atravessarem os vales das perdas e das frustrações. Bons alunos aprendem a matemática numérica, alunos fascinantes vão além, aprendem a matemática da emoção, que não tem conta exata e que rompe a regra da lógica. Nessa matemática você só aprende a multiplicar quando aprende a dividir, só consegue ganhar quando aprende a perder, só consegue receber, quando aprende a se doar.

Uma pessoa inteligente aprende com os seus erros, uma pessoa sábia vai além, aprende com os erros dos outros, pois é uma grande observadora.

Procurem um grande amor na vida e cultivem-no. Pois, sem amor, a vida se torna um rio sem nascente, um mar sem ondas, uma história sem aventura! Mas, nunca esqueçam, em primeiro lugar tenham um caso de amor consigo mesmos.

Augusto Cury, (1958).

AGRADECIMENTOS

Venho, em primeiro lugar, agradecer Deus;

Aos meus pais Lila e Wanderley; a Lourdes e ao Alexandre pelo apoio e companheirismo em todas as etapas de minha vida;

Agradeço aos meus familiares por todo afeto e compreensão, que me disponibilizaram no percurso da construção dessa monografia;

À minha equipe de trabalho que me ajuda a ser uma profissional cada vez mais humana;

Às gestantes da comunidade da ESF Jardim Itapema, pois, sem elas e suas interessantes vidas, esse trabalho não teria o porquê;

Agradeço também a secretaria de saúde do Município de Guará onde trabalho na figura da Dr^a Rosebel de Alencar Custódio Lupolli acredita que meu trabalho venha a contribuir com a qualidade da assistência, tão defendida por essa gestora

À coordenação do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, pela qualidade do curso oferecido, pela maneira como seus conteúdos ampliaram minha visão e abordagens no trabalho da saúde;

Aos meus colegas de curso de pós-graduação, que só fizeram enriquecer por suas experiências e pela fraternidade, esse processo de aprendizagem;

À Tutora Presencial Cláudia Cristina Rangel, por sua disponibilidade em nos atender mediante qualquer necessidade apresentada no Pólo de Educação à Distância de Uberaba/MG,

Com muito carinho à minha Tutora à Distância – sempre presente, e com privilégio, também minha Orientadora a Ms Fernanda Carolina Camargo, por todo acolhimento e ensinamento, sem seu apoio não poderia concluir essa jornada;

E enfim a todas as pessoas, que estiveram ao meu lado para prosseguir com meus sonhos e ideais, para me tornar quem eu sou hoje, sintam-se agradecidos.

RESUMO

O cuidado a gestante apresenta-se como prioridade na Estratégia Saúde da Família (ESF), haja vista que durante a gestação a assistência pré-natal é garantia para prevenção de complicações e manutenção da saúde da mulher e de seu filho. Com intuito de fortalecer a assistência, o presente estudo objetivou analisar o perfil das gestantes acompanhadas por uma equipe de saúde da família do interior paulista - ESF Jardim Itapema, Guará/SP, em 2010. Essa equipe apresentou número de gestantes cadastradas (n=24) mais elevado do que número esperado de gestantes (n=18), conforme parâmetros para programação local. Foi realizado estudo quantitativo, epidemiológico, transversal referente às características clínicas, sociodemográfica e familiares dessas gestantes, através de registros secundários do Sistema de Informação sobre Pré-Natal (SISPRENATAL) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Os resultados mostram que as gestantes estão na faixa etária entre 15 e 29 anos (79,15%), de cor da pele branca (50%) e parda (33,34%), ensino fundamental incompleto (50%), casado ou em união estável (79,16%), com ocupação do lar (83,33%). Metade delas deu início ao pré-natal no 1º trimestre, apenas 4,54% eram Primíparas. O tipo de parto predominante em gestações anteriores foi cesariana (62,50%), e a maior parte não possui agravos associados à gestação atual (95,83%). Suas famílias são chefiadas por homens (91,66%), adultos jovens, entre 20 a 29 anos (58,29%), com ensino médio incompleto ou menos (75%). Os demais habitantes de seus domicílios apresentam menos de 14 anos e são homens, em sua maioria. Os domicílios são de tijolo, casas próprias (62,5%) ou alugadas (29,16%), com 3 a 5 cômodos (62,5%), energia elétrica, água tratada e coleta regular do lixo. Os meios de comunicação que as gestantes mais utilizam são televisão, rádio e telefone (91,65%). Participam de grupos comunitários apenas religiosos (45,83%). Maioria das gestantes e seus familiares (83,33%) não possuem plano de saúde, em caso de doença procuram em primeiro lugar a Unidade de Saúde (58,33%). As intervenções propostas pela equipe da ESF na abordagem dessas gestantes devem considerar seus aspectos clínicos e subjetivos, portanto devem ser ampliadas, no sentido de incorporar o trabalho interdisciplinar e a ação intersetorial. Com isso, é importante que a atuação da ESF - para garantia da assistência à saúde resolutiva e de qualidade - abrace dimensões acolhedoras, no apoio às gestantes e suas famílias, para o enfrentamento positivo de suas necessidades de saúde, considerando seus contextos de vida.

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

ABSTRACT

Taking care of a pregnant woman is presented as a priority in the Family Health Strategy (FHS), considering that during pregnancy, the prenatal care is guaranteed to prevent complications and maintain the health of the woman and her son. Aiming to strengthen assistance, this study aimed to examine the profile of pregnant women assisted by a team of family health in São Paulo State - ESF Garden Itapema, Guara / SP in 2010. This team showed number of registered pregnant women (n = 24) higher than expected number of pregnant women (n = 18) as parameters for local programming. Quantitative study was conducted, epidemiological, cross-relating the clinical, sociodemographic and relatives of a pregnant woman through the records side of the Information System on Pre-Natal (SISPRENATAL) and Information System (SIAB). The results show that pregnant women are aged between 15 and 29 (79.15%) of Caucasians (50%) and brown (33.34%), elementary education (50%), married or in stable (79.16%), with housewives (83.33%). Half of them began to prenatal care in the first quarter, only 4.54% were primiparous. The predominant mode of delivery was cesarean section in previous pregnancies (62.50%); most not have health problems associated with the current pregnancy (95.83%). Their families are headed by men (91.66%); young adults aged 20 to 29 years (58.29%), with incomplete secondary education or less (75%). The remaining inhabitants of the households have less than 14 years and they are men, mostly. The homes are brick, home ownership (62.5%) or rented (29.16%), with 3 to 5 rooms (62.5%), electricity, clean water and regular collection of garbage. The media that pregnant women are more uses television, radio and telephone (91.65%). Only participate in religious community groups (45.83%). Most patients and their families (83.33%) have no health insurance; in case of sickness seek first the Health Unit (58.33%). The interventions proposed by the FHS team in addressing these women should consider their clinical and subjective, and should be expanded in order to incorporate the interdisciplinary and intersectoral action. Thus, it is important that the performance of the FHS team - to guarantee health care quality and resolute - dimensions welcoming embrace, support for pregnant women and their families, to address their needs good health, considering their contexts life.

Keywords: Prenatal Care. Women's Health. Family Health Program. Nursing. Epidemiologic Studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1. Mapa da Área Administrativa de Franca/SP, com a identificação do município de Guará/SP, 2010.....	20
Figura 2. Mapa da área de abrangência da ESF Jardim Itapema, Guará/SP, 2010.	21
Tabela 1. Distribuição das características demográficas da população cadastrada na Equipe Saúde da Família de Jardim Itapema, Guará/SP, 2010.....	23
Quadro 1. Distribuição das características ambientais e sanitárias da população cadastrada na Equipe Saúde da Família de Jardim Itapema, Guará/SP, 2010.	24
Tabela 2. Distribuição da morbidade referida conforme população cadastrada na Equipe Saúde da Família de Jardim Itapema, Guará/SP, 2010.....	25
Quadro 2. Apresentação dos descritores do problema Elevado Número de Gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema, Guará/ São Paulo, 2010.	27
Figura 3. Diagrama para explicação do problema em estudo	21
Tabela 3. Características sociodemográfica das gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema, Guará/São Paulo, 2010.....	35
Tabela 4. Características clínicas das gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema, Guará/São Paulo, 2010.....	38
Tabela 5. Características familiares das gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema, Guará/São Paulo, 2010.....	41
Tabela 6. Características ambientais das gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema, Guará/São Paulo, 2010.....	44
Tabela 7. Características comunitárias e de comportamento à saúde das gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema, Guará/São Paulo, 2010.	44

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE	18
1.2. A PROBLEMÁTICA EM QUESTÃO	26
2. OBJETIVOS.....	30
3. MATERIAIS E MÉTODO.....	31
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
5. CONCLUSÃO	49
6. REFERÊNCIAS	51
7. ANEXOS.....	54

APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática em estudo partiu da prática profissional da autora. Enfermeira membro constituinte da equipe de Saúde da Família Jardim Itapema em Guará/São Paulo, desde 2005. A permanência na equipe de saúde por esse período possibilitou uma aproximação da autora sobre as necessidades de saúde e a realidade cotidiana vivida pelas famílias ali cadastradas.

Por ser uma equipe de saúde na qual área de abrangência esta localizada em área periférica do município de Guará/SP, as necessidades de saúde apresentam-se como múltiplas. Abrangem não apenas questões clínicas, como também aspectos sociais e de infraestrutura urbana.

Em sua jornada, a autora apreendeu a importância de trabalhar com aquilo que “*tem em mãos*”. Com isso, demonstra que apesar das necessidades de intervenção em saúde serem diversas em sua área de abrangência, é importante enfrentar os problemas de uma maneira organizada, privilegiando aquelas situações que a equipe de saúde tenha mais habilidade e disponha de recursos para o seu enfrentamento positivo.

Nesse sentido, uma situação que permanentemente chama a atenção desta Enfermeira foi o aumento no número de gestantes na área de abrangência da ESF Jardim Itapema. Apesar de saber que essa elevação numérica representa uma otimização da assistência da equipe, pois cada vez mais essa equipe, ora através dos agentes comunitários de saúde, ora através das rotinas técnicas, aumenta sua capilaridade dentro da comunidade na identificação das questões de saúde; essa elevação do número de gestações significa uma série de outras transformações que necessitam de respostas diferenciadas da ESF.

Como mulher e mãe, a autora se sensibiliza por essa temática por conhecer as transformações não apenas fisiológicas que uma gestação imprime, mas também, o impacto que a gestação acarreta na rotina diária da vida da mulher, na organização de sua família e no âmbito psicoafetivo. Durante a realização do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família NESCON/UFG, no desenvolvimento do módulo Saúde da Mulher, a autora apreendeu que essas alterações psicoafetivas, familiares e sociais impostas à mulher

gestante, a maneira como esses fatores se relaciona, apresentam-se como fatores determinantes para uma gestação saudável e manutenção da vida da mulher e do futuro bebê.

Por isso, despertou na autora o interesse em revelar à equipe de saúde como se apresentam essas gestantes conforme suas características clínicas, familiares e sociais. Haja vista que a caracterização do perfil desse grupo será ferramenta para o trabalho da ESF, que possibilitará uma melhor estruturação da prática, a fim de garantir resultados mais positivos e em defesa da vida dessas mulheres.

1. INTRODUÇÃO

Como aponta o Ministério da Saúde, o Programa de saúde da Família (PSF) surge com o objetivo de superar as fragilidades do modelo em saúde vigente. Dentre essas fragilidades podem ser destacadas *a fragmentação da atenção em saúde, não compreensão das necessidades em saúde da população; profissionais poucos qualificados*, resultando em lacunas na operacionalização dos princípios e diretrizes do sistema Único de Saúde (SUS). Vale ressaltar a necessidade de superação das práticas em saúde, até então marcadas por um modelo hospitalocêntrico e médico centrado, guiado principalmente por ações curativas. Nesse sentido, o PSF apresenta-se como a principal estratégia no enfrentamento da crise imposta por esse modelo assistencial (BRASIL, 2007; FARIA, 2008a).

Entende-se como modelo assistencial em saúde, o modelo que vise à inter-relação entre os aspectos técnicos e políticos, considerando as diretrizes sanitárias. Assim é preciso compreender as diferentes dimensões que o compõem, como exemplo as dimensões éticas, administrativa, clínicas e epidemiológicas que permeiam esse modelo, para com isso propor seu melhoramento (BRASIL, 2007; FARIA, 2008a).

Desde 1998, quando foi normatizado pelo Ministério da Saúde, o PSF apresenta como intuito a reorganização da prática assistencial do modelo em saúde vigente. Para tanto, uma de suas principais propostas é a inversão do núcleo do cuidado, antes pautado nas lesões inseridas, para a família. Nesse sentido, a família deve ser compreendida por um conceito ampliado, que considere os aspectos fisiopatológicos dos indivíduos que a compõem, como também, os aspectos psicoafetivos e sociais que a definem. Com isso, pretende-se que a equipe em saúde tenha um conhecimento ampliado do processo saúde e doença, para efetivar abordagens em saúde mais resolutivas (ROSA; LABATE, 2005).

Outro aspecto destacado pelo PSF na reordenação da assistência é o fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade. A equipe tem por responsabilidade conhecer as necessidades de saúde da população incluindo os seus fatores condicionantes e determinantes. Assim, trabalha com a adscrição territorial das famílias, por meio do mapeamento da área, do cadastro familiar e o diagnóstico situacional em saúde para o levantamento das necessidades e planejamento das ações.

Na organização desse processo, apresenta-se na equipe um membro diferenciado, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que se caracteriza por ser morador da comunidade assistida e apresentar habilidades de interlocução entre o saber técnico da equipe e as necessidades dessa comunidade (ALVES, 2005).

Tendo em vista o trabalho da equipe de Saúde da Família, esse trabalho pauta-se na abordagem multiprofissional, preferencialmente interdisciplinar, no qual a equipe mínima busque propor uma assistência inovadora e resolutiva. O enfermeiro, o médico, o cirurgião dentista, os técnicos de enfermagem e de saúde bucal, os ACSs, além dos profissionais de apoio que trabalham na recepção, vigília e limpeza da unidade, devem organizar um trabalho harmônico, por intervenções criativas, que em muito ultrapassam os procedimentos curativos. Essas intervenções abrangem a atenção humanizada, o acolhimento, as visitas domiciliares e o planejamento estratégico em saúde (ALVES, 2005; FARIA 2008a).

Apesar do atendimento universal em saúde, alguns grupos são evidenciados como áreas estratégicas para a atuação da equipe de saúde do PSF, destacam-se a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal, a promoção da saúde. Mediante esses aspectos, o PSF impõe um fortalecimento da atenção básica em saúde, incrementando sua capacidade resolutiva, para que seja possível resolver além dos 85% dos problemas de saúde da área de abrangência de atuação dessa equipe (BRASIL, 2007; FARIA 2008a).

De forma geral, o desafio do PSF está em implantar uma assistência à saúde diferenciada, ampliando os espaços de intervenção, buscando maior significação do cuidado em saúde para os indivíduos, famílias e comunidades envolvidos. Nesse sentido, ressaltam-se as possibilidades do trabalho de Enfermagem na Atenção Básica. O profissional enfermeiro como membro da equipe multidisciplinar do PSF apresenta atribuições que envolvem: realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares, transcrever/prescrever medicações de acordo com protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e disposições legais da profissão, atuar no planejamento, gerenciamento, coordenação, execução e avaliação da UBS e da equipe de saúde da família; de forma que sejam relevantes as necessidades de

saúde da população adscrita (BRASIL, 2007; MATUMOTO *et al*, 2005; FONSECA, 2005; BARBOSA, 2010; NUNES, 2010).

Pode se observar que ao se analisar a história da Enfermagem brasileira, há convergência com política pública de saúde adotada no país. Conforme decreto nº 94.406/87(COFEN, 2002), que regulamenta a profissão, explicita como atribuição do Enfermeiro sua participação no planejamento, execução e avaliação da programação da saúde, nos diferentes níveis assistenciais do SUS. Além do mais, a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 272/2002 incube a esse profissional um processo de trabalho pautado na Sistematização de sua Assistência, em busca da qualidade do cuidado.

Conforme Resolução COFEN 272/2002:

[...] A Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalhos com embasamento científico, para a identificação das situações de saúde/doença que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. (COFEN 272/2002, p. 50)

Com isso, a assistência de Enfermagem é essencial para que junto à equipe de saúde sejam reconhecidos os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, buscando um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família e comunidade perante suas adaptações aos processos de vida vigentes ou potencias, perfazendo a integralidade do cuidado (COFEN, 2002; MATUMOTO *et al*, 2005; FONSECA, 2005; BARBOSA, 2010; NUNES, 2010).

Dentre as dimensões de cuidado proposta para o profissional de Enfermagem no PSF, destaca-se o cuidado à mulher, em especial ao período gestacional. As mulheres constituem a principal clientela do Sistema Único de Saúde (SUS), buscam a assistência tanto para suas próprias demandas quanto para as demandas de saúde de seus familiares e das demais pessoas que as rodeiam (COELHO, 2009; BARBOSA, 2010; NUNES, 2010).

Durante a gestação, a assistência pré-natal é garantia para preservação da vida da mulher e de seu filho. Pois, através desse acompanhamento são realizadas intervenções que podem evitar complicações moderadas e agravantes, através da realização de exames

diagnósticos, avaliações clínicas e antropométricas e a identificação de comportamentos de risco. Nesse momento é proposto à gestante e sua família uma aproximação periódica aos serviços de saúde, com vista de estreitamento dos vínculos, para que seja possível articular as intervenções necessárias na promoção de uma gestação saudável (COELHO; PORTO, 2009; FONSECA, 2005; NUNES, 2010).

Mediante esses fatores, a gravidez coloca a mulher em um estado que requer cuidados diretos, recorrentes as modificações que esta acarreta ao seu organismo. Dessa maneira a ausência de um acompanhamento pré-natal adequado pode resultar em situações de alto risco e a ocorrência de óbitos, uma vez que a gestação acarreta alterações no organismo feminino. Ainda, nesse contexto, a abordagem as gestantes devem contemplar a mulher enquanto participante da sociedade em que vive e em sua construção subjetiva de relações intra e extra-familiares por melhorias das condições de vida (COELHO; PORTO, 2009; FONSECA, 2005; NUNES, 2010).

A enfermagem, no PSF, contribui com a atenção à saúde da mulher na gestação de forma autônoma, eficiente e satisfatória tanto do ponto de vista da equipe de saúde como da comunidade. Os cuidados de enfermagem buscam incorporar na prática cotidiana as questões psicoafetivas que envolvem as gestantes, a abordagem familiar. Considera-se ainda intervenções individuais por meio de consultas de enfermagem, abordagens coletivas pela visita domiciliar e realização de grupos educativos em saúde, sobre e temática (NUNES, 2010).

Assim, o trabalho de enfermagem, integrante a equipe do PSF, é capaz de promover modificações do cuidado em busca da promoção integral da saúde, principalmente do cuidado às gestantes. É capaz de integrar-se aos ideários de vida das mulheres gestantes, propondo uma assistência que considere o meio em que vivem o seu trabalho e como se relacionam nesses contextos, a fim de potencializar cada vez mais as intervenções da equipe do PSF. Nesse sentido, o presente estudo objetiva analisar o perfil das gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema, Guará/São Paulo, a fim de promover cuidado mais resolutivo.

1.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE

O diagnóstico situacional de saúde consiste na compreensão das condições de vida de determinada localidade. Trata-se de um levantamento das características de definem o modo como as pessoas adoecem e mantém a saúde. Inclui-se para essa abordagem informações que compõem o conceito de saúde ampliado, referentes à caracterização sociodemográfica, econômica, ambiental, fisiopatológica e da disponibilidade de serviços existentes no território (CARDOSO; FARIA, 2008).

Uma das técnicas para a realização do diagnóstico situacional em saúde é a estimativa rápida. Essa técnica constitui em coletar somente dados pertinentes e necessários, que reflitam as condições e especificidades locais, além de envolver a população em sua realização. Pauta-se em registros de fontes secundárias, em entrevistas com informantes chaves e na observação direta ativa da área da ESF (CARDOSO; FARIA, 2008).

A apresentação do diagnóstico situacional de saúde da ESF Jardim Itapema, Guará/SP, apóia na técnica da estimativa rápida, porém concentra-se nas informações referentes aos dados secundários, levantados pela equipe de saúde, por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2010). Observa-se que as informações referentes a essa caracterização, compõem o Portfólio elaborado pela autora durante a realização do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Vale destacar a definição de Portfólio, que, de acordo com Corrêa *et al* (2009):

O portfólio consiste numa coleção de documentos (textos simples ou estruturados – resumo, pôster, relatório, etc.), produtos de atividades orientadas e realizadas ao longo das disciplinas [...] Deve ser uma síntese formativa e avaliativa, a partir da reflexão sobre as atividades realizadas. Uma utilização especial do portfólio é a constituição de uma base de dados a partir da qual o aluno irá construir seu Trabalho de Conclusão Final (CORRÊA *et al*, 2009, p.43).

Com isso, os conteúdos referentes à caracterização das condições de saúde da ESF Jardim Itapema, Guará/SP, representam marco no desenvolvimento do processo educativo da autora, durante o curso de especialização.

O município de Guará/SP integra a região administrativa de Franca/SP (Figura 01). Apresenta área territorial de 363 Km². Situa-se na zona fisiográfica de Franca-SP, distante 400 km da capital (São Paulo) via rodoviária e 366 km em linha reta. São municípios limítrofes de Guará os seguintes: Ituverava, São Joaquim da Barra, Nuporanga, São José da Bela Vista, Ipuã e Ribeirão Corrente. O município de Guará está localizado na região Nordeste do Estado de São Paulo (90 km de Ribeirão Preto). A cidade vive da produção agrícola de Cereais, Leguminosas e Oleaginosas. Têm também, as lavouras temporárias de Algodão, Cana-de-açúcar, Milho, Soja, Sorgo granífero (IBGE, 2010; PMG, 2010).

Conforme projeções intercensitários, para 2009, a população foi de 19.167 habitantes, 49,65% do sexo feminino. Em análise das condições de vida de seus habitantes mostra que os responsáveis pelos domicílios auferiam em média, R\$498, sendo que 72,5% ganhavam no máximo três salários mínimos. Esses responsáveis tinham, em média, 4,9 anos de estudo, 24,8% deles completaram o ensino fundamental, e 16,6% eram analfabetos. Em relação aos indicadores demográficos, a idade média dos chefes de domicílios era de 45 anos e aqueles com menos de 30 anos representavam 18,3% do total. As mulheres responsáveis pelo domicílio correspondiam a 20,9% e a parcela de crianças com menos de cinco anos equivalia a 9,8% do total da população (IBGE, 2010; PMG, 2010).

A ESF Jardim Itapema apresenta-se como uma das 04 equipes de saúde da família do município de Guará, em São Paulo. A implantação dessa estratégia pelo município foi em 15 de junho de 2001, atualmente a rede de saúde pública é composta por 01 Centro de Atenção Psicossocial, 01 Unidade de saúde de Pioneiros, 01 Programa de Agentes Comunitários de Saúde que atendem a região central da cidade que fica localizado dentro do Centro de Especialidade acompanhada por uma Enfermeira, 01 Centro de Especialidade em Saúde e 01 Santa Casa de Misericórdia (IBGE, 2010; PMG, 2010).

A ESF Jardim Itapema apresenta 3407 pessoas cadastradas que totalizam 952 famílias, divididas em 06 microáreas (Figura 02). A equipe de trabalho é composta por 06 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 01 médico generalista, 01 enfermeira generalista, 01 técnica de enfermagem, 01 cirurgião dentista, 01 auxiliar de cirurgião dentista, 02 recepcionistas, 01 auxiliar de limpeza.



Figura 01. Mapa da Área Administrativa de Franca/SP, com a identificação do município de Guará/SP, 2010.

Fonte: IBGE/2010

A Unidade de Saúde da Família (USF) funciona de segunda a sexta-feira, das 05h00min às 17h00min horas. Todas as 5^a feiras a USF estendem seu horário de atendimento para até as 19h00min horas, com o objetivo de oferecer serviços de enfermagem, médico e odontológico para garantir à população o direito da assistência em saúde, em especial para aqueles que trabalham no horário de funcionamento convencional da unidade. Quanto às consultas médicas, o agendamento é diário, são disponibilizadas 15 consultas para o período da manhã e 15 consultas para o período da tarde. Na USF Jardim Itapema as consultas médicas são agendadas pela recepcionista, e após cada consulta médica os usuários são encaminhados para orientações pela equipe de enfermagem. Entretanto, as consultas médicas ainda não estão direcionadas para uma atenção programática, de forma que não há agendamento para retornos, e quando esses são necessários, verbalizado pelo médico em seu consultório, os usuários comparecem na unidade na data proposta e reagem nova consulta.



Figura 02. Mapa da área de abrangência da ESF Jardim Itapema, Guará/SP, 2010. (Destaque em centro de saúde).
Fonte: PMG, 2010

De forma geral, as atividades da equipe de Enfermagem permeiam a organização da rotina da unidade e a assistência á clientela. O profissional técnico de enfermagem responsabiliza-se pela realização de procedimentos como aferição de pressão arterial, realização de glicemia capilar, administração de medicamentos, procedimentos antropométricos, aplicação de vacinas, esterilização de materiais, visitas domiciliares e orientações para a educação em saúde. A enfermeira se responsabiliza pela supervisão das atividades dos ACSs que incluem a conferência das fichas de trabalho, breves reuniões diárias para discussão de casos /situações familiares identificadas pelos ACSs, formação continuada desses trabalhadores pela Educação Continuada semanal. Orienta e supervisiona as ações do serviço de Limpeza da unidade. Administra o estoque de material, medicamentos e produtos. Viabiliza o fechamento das informações clínicas e epidemiológicas decorrentes na USF, mensalmente. Realiza visita domiciliares, principalmente às famílias em risco social e aos idosos acamados. Promove atividades educativas em grupo. Presta assistência, através da consulta de enfermagem à demanda espontânea após agendamento de consulta médica, como também, presta assistência programada através de consulta às gestantes e puerperas, realização do teste do pezinho, orientação sobre amamentação, coleta de papanicolau e exame clínico das mamas para prevenção do câncer, grupos de acompanhamento a hipertensos e diabéticos, avaliação antropométrica e puericultura mensal para menores de 2 anos. Tanto

enfermeira como a profissional de nível médio em enfermagem, junto aos ACSs, trabalham com ações para o controle e combate de tuberculose e hanseníase. Devido ao volume e diversidade de ações realizadas pela equipe de enfermagem, essas atividades são distribuídas por um cronograma mensal apresentado e informado a toda comunidade e equipe de saúde.

As ações da equipe de Saúde Bucal correspondem aos atendimentos odontológicos em consultório, para a demanda programada e para a pequena urgência. O agendamento do atendimento odontológico acontece através do cliente chegar à unidade de saúde, serão marcados seis atendimentos agendados e duas de urgência que venha a ter no dia. São agendadas seis consultas programadas conforme aspectos clínicos: gestantes, hipertensos, diabéticos e idosos para serem atendidas todas as terças-feiras no período da tarde nos outros períodos esses pacientes vem como encaixe. Além do mais, o dentista junto ao ACD presta assistência como fluoretação e escovação supervisionada em uma escola uma vez por semana, atendendo em média 100 crianças. Prestam assistência aos cadastrados em domicílio através de visitas domiciliares todas as quintas-feiras à tarde, uma vez por semana. A equipe de saúde bucal tem-me colaborado com o grupo de gestante, dando orientação sobre a higiene bucal e todos os dias do grupo a dentista atende as gestantes para melhor satisfazê-las.

De forma geral, a equipe se divide em atividades à demanda espontânea, que se caracteriza por pequenas urgências; à demanda programática médica, de enfermagem e odontológica, atividades educativas em grupo - como atenção aos portadores de Hipertensão e Diabetes Melito, às Gestantes e puérperas, às crianças e famílias cadastradas no Bolsa Família; às visitas domiciliares; e a Educação Permanente em Saúde junto aos ACSs. Na USF, às terças-feiras é realizada atividade comunitária com intuito de fortalecer a geração de renda através do ensino do bordado por pessoas da comunidade. O curso de gestante é financiado pela secretaria da promoção social do município na parte de Kits e lanche e a Secretaria de saúde vem com a parte do fornecimento do material didático e as palestras apresentadas e o local que acontece o curso. Já o curso de bordado quem financia toda a compra do material e o profissional para estar desenvolvendo as atividades com a população é a secretaria de saúde.

A sede da USF é própria da Prefeitura de Guará, e sua estrutura física é constituída de 150 m². Possui na sua estrutura:

- 01 consultório médico
- 01 consultório de enfermagem
- 01 sala de nebulização
- 01 sala de curativos
- 01 consultório ginecológico (Sala para coleta de Papanicolau)
- 01 consultório dentário
- 01 sala de esterilização
- 01 sala de vacina
- Recepção, com banco de cimento em toda recepção para os pacientes sentarem ate serem atendidos.
- 04 banheiros (02 para funcionários e 02 para usuários)
- 01 sala para Agente Comunitário em Saúde
- Cozinha
- Área externa

Quanto às características demográficas da população cadastrada na ESF Jardim Itapema, observa-se que 49,98% são do sexo masculino e 50,02% do sexo feminino. População é relativamente jovem, concentra-se maior parte na faixa etária economicamente produtiva entre 20 a 49 anos. Existem em torno de 04 cadastrados menores de 15 anos para todos os habitantes com 60 anos e mais (Tabela 01).

Tabela 1. Distribuição das características demográficas da população cadastrada na Equipe Saúde da Família de Jardim Itapema, Guará/SP, 2010.

Faixa Etária	Masculino(n)		Feminino(n)	
	Número	%	Número	%
Menor 1 ano	11	0,64	8	0,46

1 a 4 anos	131	7,69	127	7,45
5 a 9 anos	167	9,80	169	9,91
10 a 14 anos	193	11,33	197	11,56
15 a 19 anos	158	9,27	149	8,74
20 a 49 anos	959	56,31	750	44,01
50 a 59 anos	135	7,92	152	8,92
60 anos e +	116	6,81	152	8,92
Total	1703	100	1704	100

Fonte: SIAB/SMS/PMG, GUARÁ/SP, 2010.

Quanto aos aspectos ambientais e sanitários, 97,90% da população apresenta acesso a água por rede geral de distribuição municipal. Porém, ainda 2,10% utilizam de poço artesiano ou nascente para a obtenção desse recurso. Já, sobre o destino dos resíduos, fezes e urina, 99,89% possuem rede geral de esgoto municipal, e 0,11% destinam seus resíduos por fossas. A coleta de lixo se dá por coleta pública em 100% dos cadastrados (Quadro 01).

Quadro 01. Distribuição das características ambientais e sanitárias da população cadastrada na Equipe Saúde da Família de Jardim Itapema, Guará/SP, 2010.

Modalidade	(n)	%
<i>Distribuição da água</i>		
Rede geral	932	97,90
Poço ou nascente	20	2,10
Outros	0	0
<i>Destino dos resíduos</i>		
Rede Geral de Esgoto	951	99,89
Fossa	1	0,11
Céu Aberto	0	0
<i>Destino do Lixo</i>		
Coleta pública	952	100
Queimado / enterrado	0	0
Céu aberto	0	0

Fonte: SIAB/SMS/PMG, GUARÁ/SP, 2010.

Em relação à morbidade referida, a ESF Jardim Itapema apresenta como agravos mais incidentes a Hipertensão Arterial (79,75%), Diabetes Melito (16,19%) e as Deficiências mental e física (1,21%).

Tabela 2. Distribuição da morbidade referida conforme população cadastrada na Equipe Saúde da Família de Jardim Itapema, Guará/SP, 2010.

Morbidade referida	(n)	(%)
Alcoolismo	5	1,01
Doença de Chagas	0	0
Deficiência	6	1,21
Epilepsia	2	0,4
Diabetes	80	16,19
Hipertensão arterial	394	79,75
Tuberculose	2	0,4
Hanseníase	5	1,01
Total	494	100

Fonte: SIAB/SMS/PMG, GUARÁ/SP, 2010.

Por essa caracterização da ESF Jardim Itapema, revelam-se fragilidades e potencialidades para a manutenção da saúde entre a população cadastrada. As potencialidades apresentam-se pelas características de infraestrutura da unidade, a proporção entre equipe e clientela cadastrada, a composição completa da equipe, a infraestrutura de saneamento básico da área de abrangência e as características socioeconômicas do município. Entretanto, algumas fragilidades se apontam na organização da rotina de assistência da equipe, pois apresentam características cartesianas como: o agendamento da consulta médica, articulação entre os membros da ESF no desenvolvimento de suas atividades diárias, o número reduzido de ações intersetoriais, ausência de equipe de apoio para ações de matriciamento, fragilidade em trabalhar com o planejamento participativo.

A seguir, será detalhado de que maneira o problema do elevado número de gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema se insere nesse contexto, exigindo desta equipe uma revisão de suas práticas de atenção, a fim de garantir uma prática inovadora que promova a saúde.

1.2. A PROBLEMÁTICA EM QUESTÃO

Pela análise do diagnóstico situacional em saúde da ESF Jardim Itapema, pode ser observada a multiplicidade de problemas de saúde que permeiam o cuidado prestado por essa equipe. Esses problemas se caracterizam por diversos fatores como os socioeconômicos, os ambientais e os agravos fisiopatológicos.

Entretanto, apesar desses desafios impostos ao cotidiano de trabalho da ESF Jardim Itapema, o presente estudo ativesse a uma abordagem delimitada dessas questões em saúde. Essa delimitação pautou-se nos fundamentos do Triângulo da Governabilidade (MATUS, 1989; CARDOSO *et al*, 2008; FARIA *et al*; 2008). O problema elencado para essa discussão embasa-se numa escolha da própria equipe de saúde, mediante a apresentação de uma capacidade elevada para o domínio dos fundamentos, que estão considerados a seguir:

- Projeto de governo: se refere à capacidade que a equipe apresenta em realizar e alcançar os objetivos proposto por um plano de intervenção;
- Governabilidade: se refere à capacidade de controle que a equipe apresenta sobre as variáveis ou recursos necessários para programar um plano de intervenção;
- Capacidade de Governo: se refere à capacidade tecnológica, experiência e conhecimento, que a equipe de saúde domina para programar determinado plano de intervenção.

Nesse sentido, o problema elencado refere-se ao “*Elevado número de gestantes cadastradas*” (Quadro 02). A descrição desse problema revela que para o ano de 2010, a área de abrangência da ESF apresentou 33,34% de gestantes a mais do que o esperado. Foram identificadas 24 gestantes, sendo que o esperado, conforme parâmetros de PDAPS eram **18** gestantes. Esse cálculo se dá pela expressão: o último número de nascidos vivos no ano + 10% (MINAS GERAIS, 2009).

Os elevados números de gestantes identificadas na área de abrangência da ESF Jardim Itapema aumentam o risco para ocorrências de complicações no pré-natal, parto e puerpério. Muitas dessas ocorrências podem ocasionar o óbito materno-infantil. Algumas alterações são definidas por fatores hereditários, como exemplo pode se citar Hipertensão Arterial, Diabetes

Melito, Abortamento, dentre outras. Entretanto, essas complicações estão estritamente relacionadas com os hábitos e estilo de vida que essa gestante adota, com sua organização familiar e o suporte que esse núcleo prove para o acompanhamento desse período, com o nível de pressão social o qual se relaciona com as atividades laborativas, a educação formal e o acesso aos bens essenciais, como também, ao acesso que essa gestante apresenta sobre práticas para a manutenção da saúde (Figura 03).

Quadro 02. Apresentação dos descritores do problema Elevado Número de Gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema, Guará/ São Paulo, 2010.

Descritores	Valores	Fontes
Gestantes Esperadas	18	Calculo Conforme indicador PDAPS
Gestantes cadastradas	24	Registro da equipe: SIAB /SISPRENATAL, 2010
Gestantes confirmadas	24	Registro da equipe: SIAB /SISPRENATAL, 2010
Gestantes acompanhadas	24	Registro da equipe: SIAB /SISPRENATAL, 2010
Gestantes < 20 anos cadastradas	12	Registro da equipe: SIAB /SISPRENATAL, 2010
Gestantes que iniciaram Pré-Natal no primeiro trimestre	16	Registro da equipe: SIAB /SISPRENATAL, 2010
Gestantes que fizeram consulta de pré-natal no mês	15	Registro da equipe: SIAB /SISPRENATAL, 2010
Gestantes com vacinas em dia	21	Registro da equipe: SIAB /SISPRENATAL, 2010
Óbitos Maternos	0	Registro da equipe: SIAB /SISPRENATAL, 2010
Óbitos Neonatal (≤ 28 dias)	0	Registro da equipe: SIAB /SISPRENATAL, 2010

Por outro lado, esse elevado número de gestantes cadastradas acarreta um aumento da demanda dos serviços de saúde. Esse aumento da demanda ora se dá pela gestação de risco habitual como pela gestação de alto risco. De certa forma, os serviços de saúde que compõem a rede de atenção, em especial a USF, deverão se reordenar para dar respostas mais efetivas a essa demanda. Essa reordenação requer intervenções no apoio logístico e na capacitação profissional no enfrentamento dessa questão (Figura 03).

De forma geral, o problema identificado apresenta como resultado imediato um aumento na demanda para as ações em saúde e um maior risco para a ocorrência de complicações que permeiam o período gestacional. Muito das vulnerabilidades levantadas para essa problemática, relaciona-se na maneira como a gestante conduz sua vida no âmbito individual, familiar e social. Portanto, modificações da estrutura dos serviços de saúde e do processo de trabalho apresentam-se como um ponto que se forem abordados poderá interferir de forma efetiva em todos os demais fatores inerentes a essa problemática (Figura 03).

Nesse sentido, a fim de subsidiar uma reestruturação do cuidado para o enfrentamento da problemática apontada – cuidado que se pautar no reconhecimento do contexto, através de se evidenciar os fatores determinantes e condicionantes necessários para a manutenção da saúde; o presente estudo tem por objetivo analisar o perfil das gestantes cadastradas na ESF Jardim Ipanema.

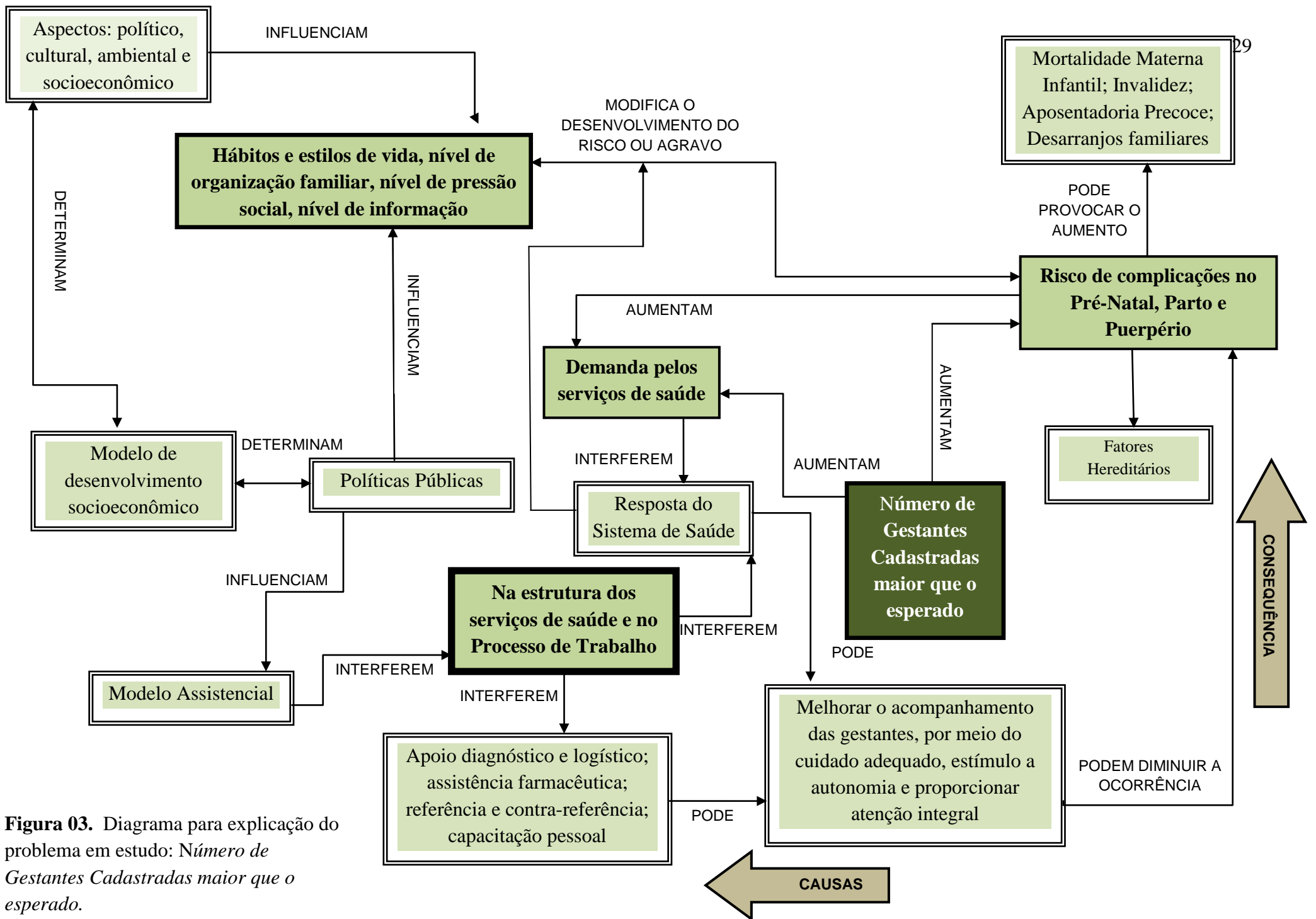


Figura 03. Diagrama para explicação do problema em estudo: *Número de Gestantes Cadastradas maior que o esperado.*

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Analisar o perfil das gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema, Guará/São Paulo, a fim de promover cuidado mais resolutivo.

2.2 Objetivos Específicos:

Caracterizar as gestantes conforme aspectos clínicos, familiares e sociodemográficos;

Identificar os fatores condicionantes para a saúde das gestantes, conforme suas características definidoras;

Apontar propostas para a atuação da ESF Jardim Itapema, Guará/São Paulo com base no perfil das gestantes cadastradas.

3. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, epidemiológico, transversal referente às características da população gestante da ESF Jardim Itapema, município de Guará/SP. Os dados propostos para a análise deste estudo foram obtidos, a nível municipal, por meio de relatórios mensais fornecidos pela Secretaria de Saúde/PMG. Essas informações foram obtidas através do Sistema de Informação sobre Pré-Natal (SISPRENATAL):

[...] SISPRENATAL é o software que foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS - DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde. No Sisprenatal está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (MINAS GERAIS, 2008, p.112).

Além do mais, integram esses dados o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que conforme definição:

[...] SIAB foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS, pela então Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/DATASUS/SE, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família – PSF (MINAS GERAIS, 2008, p.33).

Esses sistemas são alimentados conforme informações coletadas no cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e dos demais profissionais da equipe de saúde, principalmente o Enfermeiro do PSF. As informações pertencentes a esses sistemas referem-se a fichas de cadastramento e acompanhamento de famílias e gestantes: Ficha A de cadastramento familiar, Ficha B de acompanhamento das gestantes, Ficha

cadastramento SISPRENATAL, Ficha de acompanhamento SISPRENATAL. Essas fichas contêm dados sociodemográficos e clínicos das mulheres gestantes e suas famílias, que são acompanhadas pelo PSF (APÊNDICE I).

A análise dos dados partiu dos relatórios municipais fornecidos a cada equipe de PSF do município de Guará/SP, mensalmente com o objetivo de facilitar o planejamento da assistência local. Esses relatórios são quantitativos e a única identificação apresentada refere-se ao nome da equipe para onde se destinam os dados, de forma que a identidade das gestantes e sua família são anônimas. Os relatórios foram referentes ao ano de 2010. Para complementar a análise, foi utilizada do DATASUS, www.datasus.gov.br, as informações demográficas e socioeconômicas para o município de Guará/SP, pela população residente contabilizada pelos Censos e suas estimativas.

Quanto à estatística descritiva foi utilizado à distribuição de frequências absolutas (n) e porcentagem (%) (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003; LUIZ; SZKLO, 2009). Todas as informações coletadas foram armazenadas em um banco de dados construído no software Excel®, e os cálculos propostos também se deram por meio desse operador.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto às características sociodemográfica das gestantes cadastradas, os resultados apontam para condições que se assemelham entre as diferentes mulheres. Pode se observar que a maior parte das gestantes cadastradas apresenta idade entre 15 a 19 anos (41,66%), acompanhada pelas gestantes entre 20 a 24 anos (20,83%). Com relação à cor da pele, prevalecem as gestantes da cor preta (33,33%) e parda (16,66%). Quanto ao grau de instrução, as metades das gestantes apresentam ensino fundamental incompleto, seguida por aquelas que apresentam ensino médio completo (20,83%) e ensino fundamental completo (16,67%) (Tabela 03).

Em relação ao estado civil, se destaca a porcentagem de gestantes que apresentam relacionamentos estáveis (79,16%). Sendo que as gestantes casadas perfazem 37,50% do total. Entretanto, a caracterização sociodemográfica apresenta 20,83% de gestantes solteiras. Quanto à ocupação, a maior parte das gestantes é do lar (83,33%), seguida pelas estudantes (8,33%) e com menor porcentagem estão aquelas que trabalham fora do domicílio, ACS (4,16%) e vendedora autônoma (4,16%) (Tabela 03).

Esses resultados apontam para características preocupantes para as gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema. Primeiro, evidencia-se a faixa-etária mais prevalente que coloca a maioria das gestantes enfrentando uma gestação na adolescência. Outro fator é a questão da escolaridade precária, principalmente ao se considerar a faixa etária de maior concentração das gestantes.

Por outro lado, apesar de 20,83% das gestantes serem solteiras, fatores como relacionamentos estáveis são promotores para a saúde da gestante, considerando que esses relacionamentos sejam de qualidade ao se tratar de aspectos como companheirismo, suporte emocional e divisão das tarefas domésticas cotidianas. Na organização da assistência pré-natal é preciso considerar as atividades laborativas que as gestantes executam, afim de reduzir qualquer comprometimento na gestação.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, a adolescência é a fase da vida compreendida entre os 10 e 19 anos de idade, caracterizada por mudanças corporais, fisiológicas e psicológicas que aceleram o desenvolvimento cognitivo e a construção da

personalidade. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência inicia aos 12 anos indo até os 18 anos. Nesse período acontecem diversas mudanças físicas, psicológicas e comportamentais (BRASIL, 2008).

Essas mudanças, dentro do aspecto físico, ocorrem em todos os órgãos do corpo, devido à ação dos hormônios e só param quando se conclui o crescimento dos ossos e o amadurecimento das gônadas, quando o indivíduo já pode gerar filhos.

Vitalle e Amâncio (2011) apresentaram os maiores índices de fecundidade de adolescentes nos segmentos mais pobres da população. Esses pesquisadores salientaram, após apanhado bibliográfico, que em torno de 30% das adolescentes brasileiras com renda familiar inferior a um salário mínimo e com idades entre 15 e 19 anos já era mãe.

As condições sociais podem exercer marcante influência e também sofrer o reflexo dessa gestação. Entre as conseqüências sociais mais desfavoráveis para as adolescentes estão àquelas relacionadas à sua perspectiva de estudo e trabalho

Sabe-se que 30% das adolescentes grávida abandonam a escola, e na maioria dos casos o retorno ao estudo se dá em menores proporções. Sabe-se, no entanto, que um dos maiores determinantes associados ao comportamento sexual e reprodutivo das adolescentes é o nível de escolaridade.

Como não apresentam trabalho remunerado, tendem a ser mais dependentes financeiramente, seja da família, seja do companheiro. Paralelamente, a tendência para estabelecer uniões com homens ainda adultos jovens, e muitas vezes desempregados, deixa-as em uma situação sócio-econômica mais precária, o que pode torná-las mais expostas a outras situações de risco social.

As gestantes analisadas possuem primeiro grau incompleto, sendo algo preocupante, devido ao risco de abandono escolar, resultante da gravidez entre as adolescentes, pesquisadores afirmam que mesmo nos países ricos, engravidar na adolescência reduz as chances de sucesso profissional e que uma gravidez indesejada na adolescência é, muitas vezes, um fator facilitador para a permanência em uma situação de pobreza, por interromper a continuação dos estudos e reduzir as chances no mercado de trabalho tão competitivo como o atual.

Tabela 03. Características sociodemográfica das gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema, Guará/São Paulo, 2010.

<i>Variáveis</i>	<i>(n)</i>	<i>(%)</i>
<i>Faixa etária</i>		
< 10 anos	0	0
10 a 14 anos	2	8,33
15 a 19 anos	10	41,66
20 a 24 anos	5	20,83
25 a 29 anos	4	16,66
30 a 34 anos	3	12,50
>35 anos	0	0
Total	24	100
<i>Cor da Pele</i>		
Amarela	0	0
Branca	12	50
Indígena	0	0
Parda	4	16,66
Preta	8	33,33
Total	24	100
<i>Grau de Instrução</i>		
Primário incompleto	0	0,00
Primário completo	5	20,83
Ensino fundamental incompleto	7	29,17
Ensino fundamental completo	4	16,67
Ensino médio incompleto	1	4,17
Ensino médio completo	5	20,83
Ensino Técnico Profissionalizante Completo	1	4,17
Universitário Completo	1	4,17
Total	24	100
<i>Estado Civil</i>		
Casada	9	37,50
Divorciada	0	0
Solteira	5	20,83
União Estável	10	41,66
Total	24	100
<i>Ocupação</i>		
Agente comunitário de saúde	1	4,16
Do lar	20	83,33
Estudante	2	8,33
Vendedora autônoma	1	4,16
Total	24	100

Portanto as gestantes que ficam para cuidar do lar em vez de trabalhar apresentam uma influência da gravidez precoce nas questões ligadas à educação e trabalho, geralmente implicando atraso e/ou abandono dos planos educacionais e profissionais, sobretudo em adolescentes com classe econômica baixa não deixando dúvida de que essa condição implicará numa chance menor de trabalho remunerado e/ ou colocações em atividades com baixa remuneração.

As características clínicas das gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema apontam para situações favoráveis. A maioria apresentou início do acompanhamento Pré-Natal no 1º trimestre gestacional (62,5%) e não apresentam agravos à saúde associados à gestação (95,83%) (Tabela 04). Tendo em vista que a maior parte dessas gestantes são múltiparas (83,40%), estando à maioria na quarta gestação (33,33%), são alarmantes as características do tipo de parto que se concentram no parto cesárea (62,50%). Outra questão está relacionada ao abortamento, em que apenas 01 gestante refere um aborto espontâneo. Essa situação se repete em relação ao número de natimortos (Tabela 04).

Contudo, essas informações podem estar amparadas por situações de preconceito ou de sofrimento e, com isso, as gestantes preferem omitir e apresentar respostas não condizentes a realidade vivida, exigindo do profissional de saúde uma abordagem mais sensível sobre a temática. Outro aspecto desses resultados relaciona-se a atenção dispensada às gestantes, em que a equipe de saúde apresenta capacidade de captação precoce dessas gestações, ou ainda, realiza ações em saúde de forma que as mulheres perante quaisquer sinais de gestação buscam assistência, facilitando as abordagens logo no 1º trimestre gestacional.

Em relação à multiparidade, essas devem ser um ponto de alerta ao trabalho da equipe, tendo em vista que se não forem gestações planejadas, podem acarretar necessidades de novos rearranjos familiares e sociais às gestantes, durante o percurso gravídico, caracterizando-se como ponto de estresse.

Segundo o Ministério da Saúde (2006) preconiza que a gestante deverá realizar, no mínimo, seis consultas de pré-natal, de preferência uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último trimestre. A priorização da avaliação no final da gestação visa à

identificação de riscos e intercorrência clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como parto prematuro, pré-eclampsia e óbito fetal.

Segundo Vieira *et al* (2007) é no decorrer do pré-natal que a gestante se prepara tanto física como psicologicamente para o parto e a maternidade. Nesse sentido, a prestação de assistência pré-natal de qualidade é fundamental para assegurar que a gravidez transcorra sem intercorrência e termine com o nascimento de um bebê saudável, sem comprometimento da saúde da adolescente, em todos os seus aspectos. É, portanto, nesse período que são detectados possíveis eventos indesejáveis na gestação os quais podem ser controlados se diagnosticados a tempo.

A adolescente desperta para a sexualidade e, independente das influências sociais diretas ou indiretas, informações coerentes ou não, discurso libertador ou repressor, normalmente é no período da adolescência que ocorre a primeira relação sexual (AFFONSO,2006).

Essa conduta sexual precoce tem levado, em número crescente à promiscuidade sexual, à gravidez indesejada e ao aborto. Pereira (2005) relata que a gravidez não planejada na adolescência acarreta alto índice de mortalidade proveniente de complicações durante a gestação e parto, conseqüência, muitas vezes, da imaturidade fisiológica de um corpo que está em desenvolvimento e concorre com as necessidades hormonais do feto em formação, além, das mortes advindas de complicações pela opção ao aborto. Para Almeida (2003) diz que os aspectos nutricionais devem ter atenção especial, pois uma alimentação inadequada gera deficiências calóricas que podem prejudicar o desenvolvimento da estatura da menina e o desenvolvimento saudável do bebê. Discute ainda que a gravidez no período adolescente possa gerar dificuldades na auto-imagem da menina em formação, pois, além das mudanças próprias da fase somam-se as modificações gestacionais.

O aborto no Brasil prevalece nas mulheres em idade fértil. Sabe-se, no entanto, que muitas adolescentes preferem não assumir a adoção de manobras abortivas, especialmente para profissionais de saúde, temendo qualquer forma de discriminação.

Tabela 04. Características clínicas das gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema, Guará/São Paulo, 2010.

<i>Variáveis</i>	<i>(n)</i>	<i>(%)</i>
<i>Início do Pré-Natal</i>		
1° Trimestre	15	62,50
2° Trimestre	9	37,50
3° Trimestre	0	0
Total	24	100
<i>Gestações anteriores</i>		
Primípara	4	16,66
2	6	25,00
3	8	33,33
4	5	20,83
5	1	4,16
Total	24	100
<i>Tipos de Parto</i>		
Vaginal	9	37,50
Cesário	15	62,50
Fórceps	0	0
Total	24	100
<i>Abortos</i>		
Espontâneo	1	4,17
Nenhum	23	95,83
Total	22	100
<i>Natimortos</i>		
Nenhum	23	95,83
1 feto	1	4,17
Total	100	100
<i>Agravos Associados</i>		
Hipertensão Arterial	1	4,17
Nenhum	23	95,83
Total	24	100

Além disso, os índices apresentados podem estar subnotificados porque muitas adolescentes, que se submeteram a abortamentos realizados na clandestinidade, têm receio de se manifestar no momento da entrevista, já que o aborto é uma prática ilegal no Brasil. Iniciar o pré-natal no primeiro trimestre possibilita o diagnóstico e tratamento precoce de doenças e outras intercorrências que trariam consequências adversas à saúde da gestante e do bebê. Essa recomendação ganha importância ainda maior quando se trata do pré-natal da adolescente que tem grande risco de evoluir com complicações.

A preferência pelo parto vem da qualidade do seu pré-natal e em conjunto com as

diferenças entre o público e o privado. Em relação à paridade as adolescentes já haviam engravidado anteriormente e sendo assim indicam que as mães adolescentes tendem a repetir a gravidez na adolescência.

A maioria referiu ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez e fez número de consultas superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde que corresponde ao número mínimo de seis consultas durante a gestação. Vale lembrar que quando o pré-natal tem início no primeiro trimestre, fica mais fácil de ter um diagnóstico e tratamento precoce de doenças e outras possíveis intercorrências na saúde da mãe e do bebê.

As características familiares das gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema apontam para o chefe de família ser do sexo masculino (91,66%). Mesmo, na eventualidade, do chefe de família ser do sexo feminino, ele não é a própria gestante (100%). São, em sua maioria, adultos jovens (58,29%), entretanto há chefes de família idosos (8,32%) (Tabela 05).

Observa-se que o grau de instrução desses chefes de família é precário, apresentam apenas ensino fundamental completo ou menos (75%), sendo que dentre esses, 02 chefes de família possuem o primário incompleto (Tabela 05).

Ainda em relação às características familiares, habitam junto às gestantes, em média, 5 pessoas. Sendo que a casa com mais habitantes é composta por 10 pessoas e com menos habitantes 2 pessoas, excluindo as próprias gestantes. Em média são 2 mulheres para cada 3 homens moradores da mesma residência que as gestantes, sendo que a maior parte desses moradores é menor de 14 anos.

Quanto aos menores de 14 anos, as maiores partes são do sexo masculino (58,92%) e possui menos de 6 anos de idade (61,76%). Em relação aos habitantes com 15 anos ou mais, as maiores partes são do sexo masculino (60%), se encontra na faixa etária economicamente produtiva, de 20 a 49 anos (66,67%). Os extremos das idades de análise que habitam o domicílio junto à gestante perfazem 32,35% para os menos de 02 anos. Já, para os de 60 anos e mais, habitam junto às gestantes apenas aqueles que são os chefes de família, perfazendo 02 moradores (Tabela 05).

De forma geral, esses resultados indicam que as famílias das gestantes são compostas por casais jovens, ao se considerar a média da idade das gestantes, a quantidade

de gestantes em união estável e a faixa etária dos chefes de família. No entanto, essa situação acarreta para os arranjos familiares desafios inerentes as inclusões do jovem ao mercado de trabalho, principalmente quando se observa a escolaridade precária da maioria desses chefes de família.

Quanto às características das demais pessoas que habitam junto às gestantes, há maior prevalência de menores de 15 anos, com expressiva percentagem de menores de 02 anos. Isso pode acarretar para essas mulheres uma sobrecarga das atividades domésticas perante as necessidades da gestação. Haja vista que esses moradores são crianças e adolescentes, apresentam necessidades peculiares de cuidado familiar que incluem desde o provimento de suas necessidades básicas ao provimento das necessidades sociais.

Outra questão importante apontada por esses resultados quanto às características familiares da gestante está na sua composição por serem, na maioria, de pessoas do sexo masculino. Como o sexo masculino apresenta uma inserção no mercado de trabalho mais sólida em relação à mulher, além das considerações culturais que colocam a mulher mesmo que exerça atividades laborativas, com a maior carga do trabalho doméstico. Há a preocupação quanto ao suporte familiar na condução dessa gestação, quanto à sobrecarga das ações domésticas, como também a qualidade do suporte dispensado por esses homens às gestantes, o que pode dificultar o andamento mais saudável desse período.

Há, também, o fato de residir em ambientes familiares multigeracionais que impõem às gestantes contatos com mitos e tabus pertencentes às gerações mais idosas. De forma, as aberturas das pessoas mais velhas da família aos cuidados gestacionais atuais revelam as possibilidades de manutenção de um período gravídico saudável e com o suporte familiar necessário.

A influência de muitos homens no domicílio causa um desgaste muito grande fazendo que a gestante tenha um cansaço físico e mental muito grande, deixando de se cuidar e cuidar do seu filho. O que mais fica evidente é que a mulher pode chegar a até secar o leito devido tanto estresse pelo tanto de trabalho que tem e não poder descansar.

Tabela 05. Características familiares das gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema, Guará/São Paulo, 2010.

<i>Variáveis</i>	<i>(n)</i>	<i>(%)</i>
Chefe da Família		
<i>Sexo</i>		
Feminino	2	8,33
Masculino	22	91,66
Total	24	100
<i>É a própria Gestante</i>		
Não	24	100
Sim	0	0
Total	24	100
<i>Faixa etária</i>		
20 a 29 anos	14	58,29
30 a 39 anos	6	24,97
40 a 49 anos	1	4,16
50 a 59 anos	1	4,16
60 anos e mais	2	8,32
Total	24	100
<i>Grau de Instrução</i>		
Primário incompleto	2	8,33
Primário completo	2	8,33
Ensino fundamental incompleto	7	29,17
Ensino fundamental completo	7	29,17
Ensino médio incompleto	0	0
Ensino médio completo	6	25
Ensino Técnico	0	0
Profissionalizante Completo		0
Universitário Completo	0	0
Total	24	100
<i>Cor da Pele</i>		
Amarelo	0	0
Branco	12	50
Indígena	0	0
Pardo	4	16,67
Preto	8	33,33
Total	24	100

Tabela 05. (continuação).

Demais habitantes da casa exceto chefe da família e a própria gestante		
<i>De 0 a 14 anos</i>		
<i>Sexo</i>		
Feminino	14	41,17
Masculino	20	58,82
Total	34	100
<i>Faixa Etária</i>		
< 2 anos	11	32,35
2 a 5 anos	10	29,41
6 a 9 anos	9	26,47
10 a 14 anos	4	11,76
Total	34	100
<i>Freqüentam a Escola</i>		
Sim	17	50
Não	17	50
Total	34	100
<i>De 15 anos ou mais</i>		
<i>Sexo</i>		
Feminino	6	40
Masculino	9	60
Total	15	100
<i>Faixa Etária</i>		
15 a 19 anos	4	26,67
20 a 29 anos	4	26,67
30 a 39 anos	3	20
40 a 49 anos	3	20
50 a 59 anos	1	6,67
60 anos e mais	0	0
Total	15	100
<i>Alfabetizados</i>		
Sim	13	86,66
Não	2	13,33
Total	15	100

A mulher após ter o filho precisa de repouso e muito silêncio para as horas de se dedicar ao filho o que com muitas pessoas em um mesmo lugar vem a causar um desgaste físico, mental e psíquico na gestante. A gestante ao se deparar com muitos menores em casa, vai sofrer maior desgaste, como cansar-se mais, pois esses menores são dependentes para cuidado. E, ainda, mais uma criança está por vir, requerendo atenção integral, pois a criança depende da mãe para tudo. Sobre as características ambientais, as gestantes habitam em casas de tijolo/adobe, sendo a maioria com 3 a 5 cômodos (62,5%), seguida

pelas casas com 6 a 10 cômodos (29,17%), sendo que as residências são próprias (62,5%) ou alugadas (29,16%). Todas as residências apresentam abastecimento de água pela rede pública e fornecimento de energia elétrica (Tabela 06).

O tratamento da água no domicílio é por filtração (58,33%) seguida pela cloração em (25%), entretanto ainda existem domicílios onde a água consumida não é tratada (16,67%). Quanto ao destino do lixo e de fezes e urina, são coletados pela rede pública e por esgotamento municipal (Tabela 06).

De forma geral, os resultados referentes às características ambientais são favoráveis para o desenvolvimento de uma gestação adequada. Chama à atenção a questão do tratamento da água no domicílio, onde há o consumo de água não tratada, o que deixa à gestante e sua família vulneráveis na aquisição de patologias que apresentam esse meio esse vetor. Essas afecções podem acarretar situações de risco a gestante, considerando que verminoses não tratadas colocam a própria manutenção da vida em perigo. Um trabalho diferenciado da equipe de saúde junto a essas famílias precisa ser introduzido, na abordagem dessa temática, para a mudança do comportamento, durante o pré-natal.

Quanto ao número de cômodos em relação ao número de habitantes, apresenta proporção geral de 02 habitantes /cômodos. Como os dados não são específicos por domicílio conclusões mais específicas sobre essa situação não foram possíveis. É importante que na abordagem cotidiana, a equipe de saúde observe se há residências com aglomerados de habitantes, orientando quanto à necessidade de um ambiente limpo, arejado e iluminado. Destacando a questão da necessidade dos pertences do bebê e da gestante ter necessidade de um tratamento diferenciado no que tange a prevenção de patologias e promoção do desenvolvimento saudável.

Uma das avaliações mais importante foi a das gestantes terem sua casa própria e não pagarem aluguel o que já contabiliza uma economia financeira assim ajuda na despesa do domicilio. Todas as casas das gestantes estão em condições favoráveis para moradia e menor condição de adquirir doença o que já é um benefício a família. Não se tem lixos em terrenos baldios onde as crianças poderiam brincar, diminuindo as chances de contaminação.

Tabela 06. Características ambientais das gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema, Guará/São Paulo, 2010.

<i>Variáveis</i>	<i>(n)</i>	<i>(%)</i>
<i>Tipo de casa</i>		
Tijolo	24	100
Taipa	0	0
Outros materiais	0	0
Total	24	100
<i>Contrato Habitacional</i>		
Casa alugada	7	29,16
Casa cedida	2	8,33
Casa própria	15	62,50
Total	24	100
<i>Número de Cômodos por residência*</i>		
< 3	0	0
3 a 5	15	62,5
6 a 10	7	29,17
10 a 15	0	0
>15	2	8,33
Total	24	100
<i>Energia Elétrica</i>		
Sim	24	100
Não	0	0
Total	24	100
<i>Abastecimento de água</i>		
Rede Pública	24	100
Outros	0	0
Total	24	100
<i>Tratamento da água no domicílio</i>		
Cloração	6	25
Filtração	14	58,33
Sem tratamento	4	16,67
Total	24	100
<i>Destino do Lixo</i>		
Coleta Pública	24	100
Outros	0	0
Total	24	100
<i>Destino de Fezes e Urina</i>		
Esgoto	24	100
Outros	0	0
Total	24	100

*Incluindo banheiros

Em relação às características comunitárias da gestante e comportamentos de saúde, a maioria não possui planos de saúde (83,33%). Sendo que das que possuem plano de saúde, a maior parte deles apresenta cobertura parcial com relação aos familiares e aos serviços oferecidos (83,33%) (Tabela 07).

Em caso de doença, buscam primeiro a Unidade de Saúde da Família (58,33%), acompanhada pelo hospital (29,16%). Quanto aos meios de comunicação que mais utilizam destacam-se o rádio, a televisão e o celular. A participação de grupo comunitário envolve exclusivamente a participação em grupos religiosos, sendo que essa participação é parcial entre as gestantes (45,83%) (Tabela 07).

Esses resultados apontam a importância que o PSF apresenta no contexto de saúde dessas famílias, em que, a maior parte das gestantes é exclusivamente dependente das equipes para o acompanhamento da assistência pré-natal. Acredita-se que ocorre a busca por serviços hospitalares, considerando os aspectos culturais dos paradigmas em saúde, mas principalmente, por nos finais de semana e feriados, na ausência de funcionamento do PSF, o hospital local funcionar com pronto-atendimento as demandas de saúde. Essa realidade fortalece muito mais a necessidade de uma ação integral, de referencia e contra-referencia efetiva, entre os dois serviços de saúde.

É importante o reconhecimento dos meios de comunicação que mais utilizam e quanto à participação em grupos comunitários, visando às estratégias de abordagem para a promoção da saúde a serem realizadas pela equipes de saúde da família. Além do mais, o envolvimento comunitário reflete uma ampliação da rede de suporte para o desenvolvimento da gestação saudável, aspecto que pode ser impulsionado pelos membros da equipe de saúde.

As gestantes no município são atendidas no CSII duas vezes na semana e o médico que faz o pré-natal não é o mesmo que realiza o parto na Santa Casa, e isso tem dado uma insatisfação às gestantes do município. No município as gestantes se locomovem de bicicleta, pois a cidade é plana e muitos não possuem ou gostam de carro. As gestantes participam do grupo de gestante toda terça-feira em seu PSF de origem.

Tabela 07. Características comunitárias e de comportamento à saúde das gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema, Guará/São Paulo, 2010.

<i>Variáveis</i>	<i>(n)</i>	<i>(%)</i>
<i>Alguém da família possui plano de saúde</i>		
Sim	4	16,66
Não	20	83,33
Total	24	100
<i>Cobertura do Plano de Saúde</i>		
Parcial	20	83,33
Todos os membros da família	4	16,66
Total	24	100
<i>Em caso de doença procura primeiro</i>		
Unidade de Saúde	14	58,33
Hospital	7	29,16
Farmácia	3	12,50
Outros	0	0
Total	24	100
<i>Meios de comunicação que mais utiliza</i>		
Radio	2	8,33
Televisão	7	29,16
Radio e Televisão	7	29,16
Radio Televisão e Celular	8	33,33
Outros	0	0
Total	24	100
<i>Participa de Grupos Comunitários</i>		
Sim (<i>Religioso</i>)	11	45,83
Não	13	54,17
Total	24	100

Propostas de Intervenção

Quanto às propostas de intervenções para esse grupo, a partir das características de seu perfil, a autora destaca algumas intervenções necessárias, que incorporem os aspectos clínicos e o acompanhamento da gestação; intervenções ampliadas que considerem o contexto familiar, o ambiente de moradia e o espaço comunitário; abordagens subjetivas sobre as questões psicoafetivas que permeiam o ser/estar gestante, incluindo os familiares; intervenções intersetoriais para o fortalecimento da rede de apoio da gestante e seus familiares; abordagens que visem o apoderamento dessa população a partir da saúde como um direito.

Algumas intervenções devem ser adotadas, no sentido de fortalecer a atuação da equipe de ESF, em práticas preventivas, que considerem a captação de todas as gestantes no primeiro trimestre de gestação, abordagens com adolescentes para a prevenção da gestação na adolescência, atuações de planejamento familiar. De forma geral, citam-se algumas intervenções como:

- Realizar assistência de Enfermagem às mulheres gestantes de forma Sistematizada e humanizada, integrando a equipe multidisciplinar da ESF
- Oferecer o adequado acompanhamento ao pré-natal, parto e puerpério às gestantes pela ESF, considerando ações individuais na unidade de saúde, visitas domiciliares e atividades em grupo, proporcionada pelos diferentes membros da equipe, enfatizando a autonomia da gestante;
- Incluir os familiares no acompanhamento pré-natal, por uma ação programada
- Aproveitar os diferentes espaços da Unidade de Saúde para realização de abordagens referentes ao cuidado ao pré-natal, como por exemplo, realizar grupos de sala de espera;
- Realizar orientações que visem o cuidado com o ambiente domiciliar em relação a consumo de água e alimentos, como também, a organização do espaço físico, para a prevenção de agravos;
- Ser empático, fortalecer o vínculo entre equipe de saúde, gestante e sua família;

- Promover ações intersetoriais para o fortalecimento da rede de apoio comunitária entre as gestantes e seus familiares
- Promover um ambiente tranquilo e estabelecer uma relação ética, respeitando a privacidade das gestantes;
- Investir em ações de educação continuada, através da discussão de casos sobre as gestantes, para a equipe de saúde apresente intervenções mais elaboradas e integradas;
- Fornecer informações sobre sexualidade e saúde reprodutiva as gestantes e seus familiares, como também abordar outros tabus e mitos que permeiam esse período, como DST/HIV, amamentação, nutrição, dentre outros;
- Garantir acesso aos métodos contraceptivos considerando abordagens para o planejamento familiar;
- Oferecer suporte emocional as gestantes adolescentes (menores de 19 anos) na reformulação de seu papel familiar e social;
- Promover atividades educativas, por meio de intervenções breves e contínuas, junto aos familiares das gestantes abordando a necessidade de divisão das tarefas domésticas e compartilhamento das responsabilidades frente ao gerenciamento do lar (considerando que a maior parte dos habitantes dos domicílios são homens e, além disso, menores de 14 anos);
- Organizar o trabalho da equipe de forma que as gestantes tenham sempre porta aberta e prioridade, independente do horário e do dia que comparecerem na unidade, de forma a serem acolhidas e terem suas queixas resolvidas;

5. CONCLUSÃO

O cuidado a mulher gestante apresenta-se como prioridade na ESF, haja vista que durante a gestação a assistência pré-natal é garantia para preservação da vida da mulher e de seu filho. Através do acompanhamento realizado à gestante pela equipe de saúde da ESF, incluindo a Enfermagem, são realizadas intervenções para promoção de uma gestação saudável. Nesse cenário, as propostas de intervenção em saúde devem articular ações clínicas como aquelas de abordagem familiar e comunitária, que considerem as subjetividades envolvidas na gestação de cada mulher, em busca da qualidade da assistência e da resolutividade das ações.

Em uma equipe de saúde da família do interior paulista, ESF Jardim Itapema, Guará/SP, conforme parâmetros de programação local, o número de gestantes cadastradas (n=24) foi mais elevado do que o número de gestantes esperado (n=18) para o período, ano 2010. Apesar da gestação não ser uma patologia, ela representa uma condição de saúde que requer uma assistência diferenciada, mediante suas particularidades e modificações no corpo feminino. Nesse sentido, o número de gestantes cadastradas maior que o esperado requer uma reestruturação do processo de trabalho da equipe de saúde, por aumentar a demanda pelos serviços de saúde. Sendo que o desenvolvimento de uma assistência precária a essas gestantes aumentam o risco para complicações no pré-natal, parto e puerpério.

O perfil das gestantes cadastradas na ESF Jardim Itapema caracteriza-se por gestantes adolescentes ou adultas jovens, com baixa escolaridade - abaixo do ensino médio completo, em união estável. A maior parte encontra-se na terceira gestação, com predomínio de parto cesário nas gestações anteriores. Essas gestantes tem como ocupação ser do lar, suas famílias são chefiadas por homens, adultos jovens, também com pouca escolaridade - abaixo do ensino médio. Os demais habitantes junto as gestantes apresentam, maioria, menos de 14 anos e são do sexo masculino. As moradias apresentam boas condições de infra-estrutura: são de tijolo, tem luz elétrica, abastecimento de água, coleta de lixo e saneamento básico. O meio de comunicação que mais utilizam é a televisão, rádio e o telefone, participam de grupos comunitários apenas religiosos. Essas

gestantes contam com assistência a saúde exclusiva da UBS e demais serviços do SUS no município.

Esse retrato corresponde aos fatores condicionantes à saúde da gestante, cadastrada na ESF Jardim Itapema, Guará/SP. De forma geral, esses resultados convergem ao perfil da população assistida pelas equipes de ESF, na realidade atual do SUS. Com isso, as intervenções propostas abrangem ações que considerem abordagens clínicas para o acompanhamento pré-natal periódico de rotina, como também ações ampliadas, que considerem o trabalho interdisciplinar e a ação intersetorial. Nesse contexto, é importante uma abordagem acolhedora às gestantes que inclua a família, considere seu contexto comunitário, de forma a garantir o apoio na reestruturação de suas vidas mediante a gestação. Através de abordagens diferenciadas, a ESF apresenta sua consolidação nos contextos de vida das populações assistidas, para o enfrentamento positivo das necessidades em saúde, e assim, garantir a saúde como um direito.

6. REFERÊNCIAS

AFFONSO, L.L.; RIBEIRO, P.R.M. **O “ficar” e o “rolo”:** Provocando o debate sobre as atitudes e relações afetivas dos jovens do final do século XX e início do século XXI. In: FIGUEIRÓ, M.N.D.; RIBEIRO, P.R.M. (Orgs.). *Adolescência em Questão: Estudos sobre Sexualidade*. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, 2006.

ALMEIDA, J.M.R. **Adolescência e Maternidade**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

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.

BARBOSA, I. A. **A saúde da mulher no climatério: contribuições da enfermagem para a saúde da família**. 2010. 47f. 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, Pedras de Maria da Cruz, 2010. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/A_saude_da_mulher_no_climaterio_contribuicoes_da_enfermagem_para_a_saude_da_familia/70. Acesso em 05 de dez 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008**. Estabelece prioridades, Objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007. (Série E. Legislação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4).

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.

CARDOSO, F.C.; FARIA H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008. 80p.

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

CORRÊA, E. J. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração em textos científicos**/ Edison Correa, Mara Vasconcellos, Maria Suzana de Lemos Souza. Belo Horizonte: NESCON/UFMG. Coopmed, 2009.

FARIA, H. P. Unidade Didática I. **Modelo Assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte. NESCON/UFMG. Editora UFMG. 2008a.

FARIA, H. P. Unidade Didática I. **Organização do Processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde**. Belo Horizonte. NESCON/UFMG. Editora UFMG. 2008b.

FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Revista Saúde e Sociedade**; São Paulo, v. 14, n. 2, p. 50-59, 2005.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Cidades em Dados. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 10 de novembro de 2010.

LUIZ, R.R.; SZKLO, M. **Introdução a análise de dados epidemiológicos**. In.: Medronho, RA et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p303 – 321.

MATUMOTO, S; *et al.* Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Revista Interface-Comunicação Saúde Educação**; v.8, n.16, p. 9-24, 2005.

MATUS, C. **Fundamentos da Planificação Situacional**. In.: RIVERA, F.J.U.(Org). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 105-176.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Câmara Técnica de Atenção Básica. **Manual do Prontuário de Saúde da Família**. Belo Horizonte: SESMG, 2008. 254 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde** – Belo Horizonte: ESPMG, 2009. 118p.

NUNES, J. S. **Assistência de enfermagem no pré-natal na estratégia saúde da família/atenção básica: revisão da literatura**. 2010. 53f. 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.

PEREIRA, A.C.A. **O adolescente em desenvolvimento**. São Paulo: Marbra, 2005.

Prefeitura Municipal de Guará. PMG. **Relatórios de caracterização e histórico do município**. Documentos mimeografados. São Paulo. 2010

Resolução COFEN 272/2002. In.: Legislação e Normas [texto]. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. 2009.v.11, n.1.

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.1027-34.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Análise de dados Epidemiológicos**. p.179-192. In.:ROUQUAYROL, M.Z.; Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SIAB. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. [base de dados na internet]. Brasília (DF). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em 05 de Nov de 2010.

SISPRENATAL. **Sistema de Informação sobre acompanhamento Pré-natal**. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. [base de dados na internet]. Brasília (DF). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em 05 de Nov de 2010.

VIEIRA, L. M., *et al.* Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.5, p.1201-1208, 2007.

VITALLE, M.S.S.; AMANCIO, O.M.S. **Gravidez na adolescência**. São Paulo, 2008. Disponível em: < <http://www.brazilpednews.org.br> > Acessado em: 10/01/2011.

Anexos (continuação)

Ficha SISPRENATAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

1. Nome da Unidade de Saúde	2. Código no SIASUS
3. Nome do Município	4. Código do Município no IBGE
5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. Número da Gestante no SISPRENATAL		8. Gestante acompanhada pelo PSF	
		Código da Área	Microárea
9. Nome da Gestante		10. Data Nascimento	
		/ /	
11. Nome da Mãe da Gestante			
12. Endereço Residencial			Número
Complemento	Bairro	Município	CEP

PREENCHER COM APENAS UM DOS SEGUINTE DOCUMENTOS

13. Nº do Cartão SUS		14. Nº do CPF	
15. Certidão de Nascimento ou Casamento			
Nome do Cartório		Livro	Folha
16. Identidade		Órgão Emissor	
Número			
17. Carteira de Trabalho		UF	
Número		Série	
18. Data da 1ª Consulta de Pré-natal		19. Data da Última Menstruação	
/ /		/ /	
20. Responsável pela primeira Consulta Pré-Natal			



MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

1. Nome da Unidade de Saúde		2. Código da Unidade no SIASUS	
3. Nome do Município		4. Código do Município no IBGE	5. Sigla da UF
		6. Código da UF no IBGE	

Nº	Nº da Gestante no SISPRENATAL	Consulta de Pré-natal	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	HIV	Vacina Anti-tetânica			Consulta Puerperal
										1ª Dose	2ª Dose	Rotorço	
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Nome e matrícula do responsável pelo preenchimento:

* Preencher as quadriculas "Consulta de Pré-natal" e "Consulta Puerperal" com o código de atividade do profissional, conforme tabela:

01 - Obstetriz; 02 - Enfermeiro; 03 - Enfermeiro do PSF; 04 - Obstetriz; 05 - Enfermeiro do PSF; 06 - Enfermeiro do PSF; 07 - Enfermeiro do PSF; 08 - Enfermeiro do PSF; 09 - Enfermeiro do PSF; 10 - Enfermeiro do PSF; 11 - Enfermeiro do PSF; 12 - Enfermeiro do PSF; 13 - Enfermeiro do PSF; 14 - Enfermeiro do PSF; 15 - Enfermeiro do PSF; 16 - Enfermeiro do PSF; 17 - Enfermeiro do PSF; 18 - Enfermeiro do PSF; 19 - Enfermeiro do PSF; 20 - Enfermeiro do PSF; 21 - Enfermeiro do PSF; 22 - Enfermeiro do PSF; 23 - Enfermeiro do PSF; 24 - Enfermeiro do PSF; 25 - Enfermeiro do PSF; 26 - Enfermeiro do PSF; 27 - Enfermeiro do PSF; 28 - Enfermeiro do PSF; 29 - Enfermeiro do PSF; 30 - Enfermeiro do PSF; 31 - Enfermeiro do PSF; 32 - Enfermeiro do PSF; 33 - Enfermeiro do PSF; 34 - Enfermeiro do PSF; 35 - Enfermeiro do PSF; 36 - Enfermeiro do PSF; 37 - Enfermeiro do PSF; 38 - Enfermeiro do PSF; 39 - Enfermeiro do PSF; 40 - Enfermeiro do PSF; 41 - Enfermeiro do PSF; 42 - Enfermeiro do PSF; 43 - Enfermeiro do PSF; 44 - Enfermeiro do PSF; 45 - Enfermeiro do PSF; 46 - Enfermeiro do PSF; 47 - Enfermeiro do PSF; 48 - Enfermeiro do PSF; 49 - Enfermeiro do PSF; 50 - Enfermeiro do PSF; 51 - Enfermeiro do PSF; 52 - Enfermeiro do PSF; 53 - Enfermeiro do PSF; 54 - Enfermeiro do PSF; 55 - Enfermeiro do PSF; 56 - Enfermeiro do PSF; 57 - Enfermeiro do PSF; 58 - Enfermeiro do PSF; 59 - Enfermeiro do PSF; 60 - Enfermeiro do PSF; 61 - Enfermeiro do PSF; 62 - Enfermeiro do PSF; 63 - Enfermeiro do PSF; 64 - Enfermeiro do PSF; 65 - Enfermeiro do PSF; 66 - Enfermeiro do PSF; 67 - Enfermeiro do PSF; 68 - Enfermeiro do PSF; 69 - Enfermeiro do PSF; 70 - Enfermeiro do PSF; 71 - Enfermeiro do PSF; 72 - Enfermeiro do PSF; 73 - Enfermeiro do PSF; 74 - Enfermeiro do PSF; 75 - Enfermeiro do PSF; 76 - Enfermeiro do PSF; 77 - Enfermeiro do PSF; 78 - Enfermeiro do PSF; 79 - Enfermeiro do PSF; 80 - Enfermeiro do PSF; 81 - Enfermeiro do PSF; 82 - Enfermeiro do PSF; 83 - Enfermeiro do PSF; 84 - Enfermeiro do PSF; 85 - Enfermeiro do PSF; 86 - Enfermeiro do PSF; 87 - Enfermeiro do PSF; 88 - Enfermeiro do PSF; 89 - Enfermeiro do PSF; 90 - Enfermeiro do PSF; 91 - Enfermeiro do PSF; 92 - Enfermeiro do PSF; 93 - Enfermeiro do PSF; 94 - Enfermeiro do PSF; 95 - Enfermeiro do PSF; 96 - Enfermeiro do PSF; 97 - Enfermeiro do PSF; 98 - Enfermeiro do PSF; 99 - Enfermeiro do PSF; 00 - Enfermeiro do PSF.

* No caso dos exames, assinalar com "X" quando o resultado do exame for positivo para o teste ou quando o resultado for negativo para o teste. No caso de exames negativos, assinalar com "X" de acordo com a data de realização do exame.