

SHEYLA COSTA DE OLIVEIRA

**CUIDADOS NUTRICIONAIS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL
REALIZADA POR ENFERMEIRAS DO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM RECIFE.**

RECIFE / 2004.

SHEYLA COSTA DE OLIVEIRA

**CUIDADOS NUTRICIONAIS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL
REALIZADA POR ENFERMEIRAS DO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM RECIFE.**

RECIFE / 2004.

SHEYLA COSTA DE OLIVEIRA

**CUIDADOS NUTRICIONAIS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL REALIZADA POR
ENFERMEIRAS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RECIFE.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Nutrição, área de concentração em Saúde Pública.

Orientadores: Prof. Dr. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo e Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Recife / 2004

SHEYLA COSTA DE OLIVEIRA

**CUIDADOS NUTRICIONAIS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL REALIZADA POR
ENFERMEIRAS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RECIFE.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Nutrição, área de concentração em Saúde Pública.

Orientadores: Prof. Dr. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo e Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

DATA DE APROVAÇÃO : ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA :

Prof^ª. Dr. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos
Dept^o. de Enfermagem / CCS / UFPE

Prof^ª. Dr^a. Ilma Kruze Grande Arruda
Dept^o. de Nutrição / CCS / UFPE

Prof^ª. Dr^a. Luciane Soares de Lima
Dept^o. de Enfermagem / CCS / UFPE

Meu querido filho, Ernani, você foi a minha razão quando eu precisava de forças para concluir essa pesquisa. Afinal, você participou de todo processo, ainda intra – útero, quando eu me preparava para a seleção do Mestrado. Lembra, quando eu levava você para as aulas do prof. Malaquias para amamentar ?

Você esteve presente em todos os momentos, algumas vezes estive longe fisicamente , mas, nunca no pensamento e na vontade de estar com você.

Dedico a você um sonho profissional realizado. Obrigada, meu Deus por permitir vivenciar esses momentos tão importantes e essenciais na minha vida.

Sheyla.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo. Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, pela acolhida, pela credibilidade e pela soma constante de aprendizado nas orientações.

Ao Prof. Dr. Pedro Israel Cabral Lira. PhD em Medicina pela Universidade de Londres, pelo apoio oferecido para realização e conclusão desse trabalho.

A Profa. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos. Doutorado em Enfermagem Filosofia Saúde e Sociedade pela Universidade Federal de Santa Catarina , pelo incentivo e compreensão nos momentos difíceis.

A Sra. Maria de Fátima da Silva. Diretora do Departamento de Atenção Básica do VI Distrito Sanitário de Saúde, pelo seu apoio e compreensão.

A Sra. Janeide Pereira da Silva. Bibliotecária, por sua colaboração na organização do conteúdo e das referências.

A coordenação do Mestrado, pelas oportunidades oferecidas e acima de tudo pela compreensão.

A toda equipe de saúde da USF – UR2 – Ibura, amigas de trabalho, pelo apoio e acolhimento.

Aos colegas do Mestrado, pelo companheirismo: Cris, Gilvo, Emília e Paty.

Aos funcionários do IV e VI Distrito Sanitário de Saúde, pela contribuição no fornecimento de materiais e informações.

A minha família pelo apoio e paciência.

E antes de tudo o nosso Deus, que permitiu que tudo acontecesse.

RESUMO

Com o objetivo de assinalar a presença e avaliar a adequação do cuidado nutricional prestado durante o acompanhamento pré-natal, um estudo de natureza quantitativo e qualitativo foi realizado em Recife – Pernambuco, mediante observação de consultas de pré-natal feitas por enfermeiras do Programa Saúde da Família.

Foi verificado que a assistência de enfermagem relacionada com os cuidados nutricionais durante o acompanhamento pré-natal tem se mostrado inadequada de acordo com as necessidades apresentadas pelas gestantes. Essa inadequação diz respeito não apenas aos conhecimentos e aplicação dos conteúdos técnicos – científicos, mas também à forma de repasse das informações e à sensibilidade dos profissionais ao perfil sócio econômico e cultural das usuárias. Fica evidente, assim, a necessidade de melhor sensibilização e qualificação das equipes neste sentido, bem como a presença de profissional nutricionista fornecendo apoio e retaguarda técnica para as unidades de Saúde da Família.

Palavras-chave: Nutrição; Programa Saúde da Família; pré-natal; assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

With the objective to show the nutritional care given during the prenatal, a quantitative-qualitative study was done using the observations made by Programa Saúde da Família (family health program) nurses in Recife - Pernambuco. The study verified that nutritional care was inadequate for the necessities showed by pregnant women. This problem has to be not only because the knowledge and technical applications, but also the way the health professionals pass the information to that patients; not to mention the sensibility of those professionals about the economic, social and cultural profile of those who uses the Family Program. So it's evident the necessity of a better sensibilization and qualification of the professional team and the need of a nutritionist presence, who will give support and special technique to the family health program centers.

Key words: nutrition; family health program; prenatal; care nursing.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Distribuição das gestantes, segundo a idade. Recife, 2003..... 41
- Tabela 2 - Distribuição dos níveis de educação formal das gestantes. Recife, 2003..... 44
- Tabela 3 - Distribuição do número de habitantes no domicílio das gestantes atendidas nas USF. Recife, 2003.....46
- Tabela 4 - Distribuição da renda familiar mensal das gestantes integrantes da amostra. Recife, 2003.....47
- Tabela 5 - Distribuição do número de consultas de pré-natal segundo o trimestre gestacional. Recife, 2003.....60
- Tabela 6 - Distribuição das gestantes pesquisadas de acordo com a orientação recebida na consulta pré-natal acerca dos hábitos alimentares. Recife, 2003.....74

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Processo de composição da amostra. Recife, 2003.....34
- Figura 2 - Ilustração representativa dos grupos de alimentos.....75
- Gráfico 1 - Distribuição das gestantes, segundo a condição de posse da habitação. Recife, 2003.....45
- Gráfico 2 - Distribuição das gestantes integrantes da amostra, segundo os fatores de risco gestacional. Recife, 2003.....50
- Gráfico 3 - Distribuição das gestantes, segundo a frequência dos fatores de risco. Recife, 2003.....54
- Gráfico 4 - Distribuição das gestantes segundo o nível de instrução e o tempo médio empregado na consulta. Recife, 2003.....72
- Gráfico 5 - Distribuição das consultas segundo a adequação das orientações sobre hábitos alimentares. Recife, 2003.....76
- Gráfico 6 - Proporção de gestantes integrantes da amostra que fizeram uso adequado do sulfato ferroso quanto à dose, horários de administração, alimentos associados e o período de tratamento. Recife, 2003.....82
- Gráfico 7 - Distribuição das gestantes de acordo com o registro de peso gestacional, do peso pré-gestacional e da estatura. Recife, 2003.....86

Gráfico 8 - Percentual de preenchimento dos dados, no cartão da gestante e no prontuário. Recife, 2003.....	89
Quadro 1 - Distribuição das unidades de saúde pesquisadas, segundo a sua localização e o quantitativo de famílias e gestantes cadastradas de acordo com as equipes estudadas. Recife, 2003	35
Quadro 2 - Distribuição dos resultados de exames solicitados, segundo o tipo e as alterações detectadas. Recife, 2003.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Distribuição das gestantes, segundo a idade. Recife, 2003.....	41
Tabela 2	- Distribuição dos níveis de educação formal das gestantes. Recife, 2003.....	44
Tabela 3	- Distribuição do número de habitantes no domicílio das gestantes atendidas nas USF. Recife, 2003.....	46
Tabela 4	- Distribuição da renda familiar mensal das gestantes integrantes da amostra. Recife, 2003.....	47
Tabela 5	- Distribuição do número de consultas de pré-natal segundo o trimestre gestacional. Recife, 2003.....	60
Tabela 6	- Distribuição das gestantes pesquisadas de acordo com a orientação recebida na consulta pré-natal acerca dos hábitos alimentares. Recife, 2003.....	74

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Processo de composição da amostra. Recife, 2003.....34
- Figura 2 - Ilustração representativa dos grupos de alimentos.....75
- Gráfico 1 - Distribuição das gestantes, segundo a condição de posse da habitação. Recife, 2003.....45
- Gráfico 2 - Distribuição das gestantes integrantes da amostra, segundo os fatores de risco gestacional. Recife, 2003.....50
- Gráfico 3 - Distribuição das gestantes, segundo a frequência dos fatores de risco. Recife, 2003.....54
- Gráfico 4 - Distribuição das gestantes segundo o nível de instrução e o tempo médio empregado na consulta. Recife, 2003.....72
- Gráfico 5 - Distribuição das consultas segundo a adequação das orientações sobre hábitos alimentares. Recife, 2003.....76
- Gráfico 6 - Proporção de gestantes integrantes da amostra que fizeram uso adequado do sulfato ferroso quanto à dose, horários de administração, alimentos associados e o período de tratamento. Recife, 2003.....82
- Gráfico 7 - Distribuição das gestantes de acordo com o registro de peso gestacional, do peso pré-gestacional e da estatura. Recife, 2003.....86

Gráfico 8 - Percentual de preenchimento dos dados, no cartão da gestante e no prontuário. Recife, 2003.....	89
Quadro 1 - Distribuição das unidades de saúde pesquisadas, segundo a sua localização e o quantitativo de famílias e gestantes cadastradas de acordo com as equipes estudadas. Recife, 2003	35
Quadro 2 - Distribuição dos resultados de exames solicitados, segundo o tipo e as alterações detectadas. Recife, 2003.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS

CAF. – Cafezópolis

ENF. – Enfermeira

GEST. – Gestante

LISTA DE SIGLAS

ABEAD – Associação Brasileira de Estudo do Álcool e outras Drogas

AIMS – Atenção Integral à Saúde Mulher

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BENFAM – Sociedade Civil do Bem – Estar Familiar no Brasil

CMM - Coeficiente de Mortalidade Materna

CNA – Comissão Nacional de Alimentação

CAF – Cafézópolis

DS – Distrito Sanitário

ESF – Equipe de Saúde da Família

HIG – Hipertensão Induzida na Gestação

HIV – Vírus da Imunoflorescência Adquirida

IMIP – Instituto Materno Infantil de Pernambuco

JMV – Jardim Monte Verde

ICCN – Incentivo ao combate as Carências Nutricionais

INAM – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

IMC- Índice de Massa Corpórea

INCAP – Instituto de Nutrição de Centro – Américo e Panamá

MS – Ministério da Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PRONAM – Programa Nacional e Alimentação e Nutrição

PNS – Programa de Nutrição e Saúde

PSA – Programa de Suplementação Alimentar

PNLCC – Programa Nacional de Leite para Crianças Carentes

PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PSF – Programa Saúde da Família

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

SAPS – Serviço de Alimentação da Previdência Social

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SAME – Serviço de Arquivo Médico

SSA2 – Relatório de Situação de saúde e acompanhamento das famílias na área.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade Saúde da Família

UR 4|5 – Unidade Residencial 4 | 5

UR 12 – Unidade Residencial 12

UR 10 – Unidade Residencial 10

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 <u>Aspectos gerais da gestação</u>	13
1.1.1 Considerações gerais sobre os aspectos nutricionais na gravidez	14
1.1.2 Nutrição da gestante no contexto das políticas de saúde do Brasil	17
1.2 <u>Atenção à saúde da mulher</u>	21
1.3 <u>Assistência Pré-Natal</u>	23
1.4 <u>Programa Saúde da Família</u>	26
1.4.1 Educação em saúde na prática do PSF	26
1.4.2 Planejamento da atenção à saúde na perspectiva do PSF	27
1.4.3 Resultados do PSF	27
2 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA	29
3 OBJETIVOS	31
3.1 <u>Objetivo Geral</u>	31
3.2 <u>Objetivos Específicos</u>	32
4 METODOLOGIA	32
4.1 Tipo de estudo	32
4.2 Universo e amostra	33
4.3 Caracterização das Unidades de Saúde da Família pesquisadas	35
4.4 Procedimentos de coleta dos dados	37
4.5 Análise do conteúdo das consultas	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1 <u>Perfil sócio-demográfico</u>	41
5.1.1 Idade	41
5.1.2 Grau de Instrução	43
5.1.3 Condições de moradia	45
5.1.4 Renda	46
5.1.5 Síntese do perfil sócio-demográfico	48
5.2 <u>Antecedentes gestacionais</u>	50
5.2.1 Presença de fatores de risco	50
5.2.2 Experiência anterior de realização do pré-natal	55

5.2.3 Síntese acerca dos fatores de risco.....	56
5.3 <u>Gestação atual</u>	57
5.3.1 Estado Nutricional obtido mediante o IMC pré-gestacional.....	57
5.3.2 Níveis de pressão arterial.....	58
5.3.3 Pesquisa de condição de doenças intercorrentes na gestação.....	58
5.3.4 Idade gestacional e número de consultas.....	60
5.3.5 Síntese acerca das condições de saúde e do acompanhamento da gestação atual.....	61
5.4 <u>A consulta de pré-natal</u>	62
5.5 <u>Orientação nutricional na consulta pré-natal</u>	74
5.5.1 Hábitos alimentares.....	74
5.5.2 Síntese das orientações sobre hábitos alimentares.....	81
5.5.3 O uso do Sulfato Ferroso.....	81
5.5.4 Síntese acerca da orientação para o uso do sulfato ferroso.....	85
5.5.5 O monitoramento do estado nutricional mediante os registros feitos no prontuário e no cartão da gestante.....	86
5.5.6 Síntese acerca do monitoramento do estado nutricional mediante os registros feitos no prontuário e no cartão da gestante.....	90
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICE	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais da gestação

A gestação se constitui um evento essencialmente fisiológico. Devido, porém, a alterações morfológicas, funcionais e psíquicas, representa um período de vulnerabilidade consideravelmente aumentada, agregando fatores de risco para todos os sistemas orgânicos. Altera o metabolismo e predispõe ou agrava processos mórbidos, condicionando a ocorrência de complicações que se refletem, em escala epidemiológica, nas estatísticas de morbimortalidade que ilustram a vulnerabilidade própria da gestação (CORREIA, 1999; SILVEIRA, 1996 apud BATISTA FILHO; LINS E SILVA; SOUZA, 2000).

A idade materna, a constituição física, o estado nutricional, os antecedentes patológicos individuais e hereditários, a história reprodutiva e, numa instância mais genérica e estrutural, o contexto socioeconômico em que se vive, são condições que influenciam de forma marcante o curso e o resultado da gravidez e suas etapas seqüenciais – parto e puerpério (CORREIA, 1999; SILVEIRA, 1996 apud BATISTA FILHO; LINS E SILVA; SOUZA, 2000).

Os efeitos adversos da gestação e seu desdobramento podem ser ilustrativamente evidenciados nos Coeficientes de Mortalidade Materna (CMM) e, de forma peculiar, nas estatísticas comparativas de morbimortalidade entre as nações mais desenvolvidas e os países retardatários, em termos de condição de vida e de saúde de suas respectivas populações (PEDROSA, 1991 apud BATISTA FILHO; LINS E SILVA; SOUZA, 2000).

Segundo relatório da UNICEF de 1998, o CMM de 13 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (n.v.) nos países industrializados, era 84 vezes

mais baixo que os valores referidos para o bloco dos países menos desenvolvidos, cujo os valores são de 1.100 / 100.000 n.v. (BATISTA FILHO; LINS E SILVA; SOUZA, 2000)

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) consideram o CMM como alto quando se situa entre 50 e 149 / 100.000 n.v. e muito alto quando alcança ou ultrapassa o valor de 150 óbitos maternos por 100.000 n.v. (BATISTA FILHO; LINS E SILVA; SOUZA, 2000).

No ano de 1990, no Brasil, o coeficiente de mortalidade materna era de 200 mortes por 100.000 n. v. Trata-se de um ano historicamente importante para a saúde reprodutiva, face ao compromisso assumido pelo Brasil, no encontro de cúpula em Nova Iorque, em reduzir em 50% este coeficiente no período de 10 anos (BATISTA FILHO; LINS E SILVA; SOUZA, 2000).

De acordo com Batista Filho, Lins e Silva e Souza (2000) ao lado das condições socioeconômicas e ambientais desfavoráveis, as intercorrências derivadas da gestação expressam, fundamentalmente, o grau de cobertura e a qualidade dos serviços prestados no decurso da gravidez, parto e puerpério, uma vez que 90% das mortes poderiam ser evitadas com uma boa assistência pré-natal. Ao mesmo tempo, o acesso e a qualidade do pré-natal podem ter um impacto substancial na redução da mortalidade perinatal.

1.1.1 Considerações gerais sobre os aspectos nutricionais na gravidez.

Durante a gravidez o organismo materno é submetido a alterações fisiológicas e nutritivas intensas, devido ao rápido crescimento do feto e da placenta e ao aumento da demanda do organismo materno (RUDGE; BEREZOWSKI, 1995).

Sabe-se que durante a gravidez os cuidados nutricionais devem receber maior ênfase, uma vez que a gestante necessita de uma adequada avaliação nutricional para essa nova fase da vida.

No período da gestação a energia extra é necessária para o crescimento do feto, placenta e tecidos maternos associados. O metabolismo basal se eleva, parcialmente devido à massa aumentada do tecido ativo (feto, placenta e organismo materno), ao custo do esforço materno aumentado (por exemplo, o trabalho cardiovascular e respiratório) e ao custo da síntese tecidual.

É claramente desejável aumentar a ingestão da dieta para poupar tecido materno, conceder crescimento satisfatório do feto, dos anexos e do tecido mamário e para sustentar um padrão desejável de atividade física. A necessidade de proteína total de uma mulher ganhando 12.5 kg durante a gravidez e dando à luz a um recém-nascido de 3.3 kg tem sido estimado ser de 925g ou 3.3 g/dia durante a gravidez. A taxa de armazenamento não é constante; estimativas para o primeiro, segundo, terceiro e quarto meses são, respectivamente, de 0.64, 1.84, 4.76 e 9.10g/dia de proteína. Os comitês prévios têm usado estes valores para derivar estimativas das necessidades protéicas extras de mulheres grávidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998).

Considera-se que durante a gestação seja incorporado 1 kg de proteínas pelo organismo materno, metade das quais é usada na constituição do organismo fetal e outra metade é adicionada como proteína contrátil uterina, glândula mamária e sangue materno na forma de hemoglobina e outras proteínas plasmáticas. Esta demanda deverá ser compensada pela ingestão de alimentos de alto valor protéico e fácil digestibilidade (RUDGE; BEREZOWSKI, 1995).

Segundo Rudge; Berezowski (1995) no que diz respeito às alterações metabólicas, a gestação pode ser dividida em duas fases: a primeira, que vai até a 27^a semana que é anabólica materna e fetal e a segunda, que vai até o termo da gestação que é catabólica fetal. Na fase anabólica, a mãe estoca gordura no tecido adiposo e usa, para seus gastos energéticos, a queima da parte da glicose ingerida. Isto é possível porque a demanda fetal é pequena. Há estocagem de 3.5 Kg de gordura, com

acúmulo de mais de 30.000 kcal . A fase metabólica se inicia após a 28ª semana e é a fase de crescimento fetal máximo e de maior exigência calórica por parte do feto. Há aumento de passagem de glicose do meio materno para o meio fetal. Nesta fase, a mãe queima seus depósitos de gordura para usar como fonte energética própria, entrando em fase catabólica (RUDGE; BEREZOWSKI, 1995).

Na gravidez estão aumentadas as necessidades de ferro, sendo freqüente a anemia por falta desse elemento. Em virtude da hemodiluição, o nível mínimo aceitável da hemoglobina é de 11g% e o valor do hematócrito não deve ser menor que 35 %. Observa-se que, à medida que o volume sangüíneo aumenta, a concentração da hemoglobina é reduzida e cai a albumina plasmática . O aumento do volume sangüíneo é de, aproximadamente, 33% (média = 30 a 50%) e esse aumento de volume envolve muito mais o conteúdo líquido do que o celular, proporcionando maior quantidade de líquido para os tecidos maternos e fetais (BURROUGHS, 1995; REZENDE, 1992; RUDGE; BEREZOWSKI, 1995).

Os aminoácidos são excretados na urina e o edema está presente algumas vezes. Ocorrem mudanças nas funções cardíaca e pulmonar. A glândula tireóide, por sua vez, aumenta de tamanho devido à perda de iodo inorgânico na urina. O estômago dá mostras de depressão funcional e ocorre redução da motilidade do trato intestinal. O relaxamento do esfíncter inferior do esôfago pode levar à regurgitação para o esôfago e azia. O apetite e a sede aumentam no primeiro trimestre e surgem desejos ou aversões a certos alimentos (BURROUGHS, 1995; REZENDE, 1992; RUDGE; BEREZOWSKI, 1995).

Os carboidratos são necessários como alimento para o cérebro materno, que usa a glicose e pelo feto, que tem neste nutriente sua única fonte de energia. Os custos energéticos da gestação podem ser obtidos apenas com redução da atividade sem suplementação da dieta (RUDGE; BEREZOWSKI, 1995).

O período gestacional está associado a um aumento substancial das necessidades de nutrientes: proteínas, vitaminas e sais minerais. A mudança de hábito alimentar, ou seja, a diminuição da ingesta de alimentos ricos em sacarose, auxilia no controle

de peso e na manutenção dos dentes isentos de cárie (INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO, 1998b).

No documento “Saúde para todos no ano 2000”, a necessidade da mulher desenvolver novos hábitos alimentares durante o período gestacional, evitando ao máximo todo o produto com alto teor de carboidratos. O mesmo documento informa que, já a partir da 16^a semana de vida intra-uterina, inicia-se o desenvolvimento do paladar da futura criança. Isso implica dizer, que se a futura mãe tiver uma dieta rica em carboidratos, o recém – nascido tenderá a ter um paladar voltado para tal tipo de dieta, levando alterações crônicas no metabolismo dos glicídios, com o surgimento da obesidade na infância (INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO, 1998b apud ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

O Brasil vem vivenciando, na última década, o processo de transição nutricional, que diz respeito a mudanças seculares nos padrões nutricionais associadas a modificações da estrutura alimentar, demográfica, sócio - econômica, epidemiológica e de estilo de vida das populações. Essa transição é comumente caracterizada pela diminuição da desnutrição e pelo aumento da obesidade (MONTEIRO, 1995).

Entende-se que certas mudanças do hábito alimentar no período da gestação significarão benefício para a mulher e o feto, devendo-se levar em consideração os fatores sociais, culturais e econômicos, assim como os tabus e os costumes ligados à alimentação. Esses fatores têm influência no aparecimento e no agravamento de problemas relacionados à alimentação durante a gravidez.

1.1.2 Nutrição da gestante no contexto das políticas de saúde do Brasil.

Segundo Abbate (1988), as políticas de alimentação e nutrição no Brasil tiveram início com o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), no ano de 1940. O órgão responsável era o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Este serviço, que atendia à necessidade de melhorar a situação alimentar da população, funcionou por mais de 30 anos e suas ações foram implementadas pelo Serviço

Técnico de Alimentação Nacional, de 1942 a 1945 e, de 1945 a 1972, pela Comissão Nacional de Alimentação (CNA).

A CNA implementou, a partir de 1955, o Programa Nacional de Alimentação Escolar, com a campanha de merenda, sendo a primeira instância governamental a mencionar a necessidade de combater a desnutrição no país. A partir de 1956, o mesmo órgão iniciou o Programa de Assistência e Educação Alimentar a Gestantes e Nutrizes. Este Programa Nacional de Alimentação estabelecia entre seus objetivos:

Atender com prioridade o problema da desnutrição infantil, através de programas de assistência e educação alimentar, inclusive em Programa Nacional de Merenda Escolar, bem como assistência alimentar ao demais grupos sensíveis, principalmente às gestantes e nutrizes (Abbate,1988 p. 123).

Sob a égide da Comissão Nacional de Alimentação, houveram ganhos e perdas para a política de combate à desnutrição no país . Os ganhos dizem respeito à necessidade que os especialistas da nutrição tiveram de descer do “sonho e da fantasia” de querer reformar a sociedade brasileira, através da alimentação, para o planejamento de propostas passíveis de execução concreta (ABBATE, 1988).

As perdas dizem respeito à fragmentação interna que começou a haver em relação à aplicação das políticas aos segmentos da população que, com mais frequência apresentam carências alimentares. Ao privilegiar gestantes e nutrizes como população alvo para receber suplementação alimentar, está enfatizando uma condição biológica de vulnerabilidade que, na verdade, esconde uma situação socialmente vulnerável . Em outras palavras, não são todas as gestantes e nutrizes que precisam receber suplementação, mas aquelas pertencentes às camadas socialmente mais desfavorecidas . Embora a argumentação da necessidade da suplementação para os grupos “sensíveis” ou “vulneráveis” tenha tomado sua forma mais acabada no discurso e nas propostas da política de alimentação dos anos setenta, foi com a CNA, a partir de 1956, que ela se iniciou (ABBATE,1988).

Segundo Abbate (1988) entre os planos que a CNA se propôs a realizar a partir de 1956, encontra-se o já referido Programa de Assistência e Educação Alimentar às Gestantes e Nutrizes, que deveria realizar-se em conjunto com as demais atividades assistenciais do Departamento Nacional da Criança, da Legião Brasileira da Assistência e de outras entidades semelhantes, assumindo a comissão o papel de orientação técnica e assistência econômica, a partir das precárias condições de nutrição em que se encontravam grande parte das gestantes e nutrizes do país (Abbate,1988).

Em função dos resultados de inquéritos realizados pela CNA, assume-se que o “desgaste orgânico ocasionado pela gravidez e pelo aleitamento em mulheres subnutridas é uma das sérias ameaças que pesam sobre o futuro da nacionalidade. A subnutrição, além de espoliar o organismo materno, repercute sobre o recém-nascido, sendo uma das causas das elevadas cifras de mortalidade infantil entre nós” (ABBATE, 1988).

A CNA estabelece, que “às gestantes e nutrizes devidamente selecionadas quanto ao seu estado nutritivo e situação econômica, será fornecido um suplemento alimentar, constituído de alto valor nutritivo e fácil digestão, aproveitando-se esta atividade para o desenvolvimento de um programa educacional no campo alimentar, especialmente destinado às beneficiadas” (COMISSÃO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO, 1956 apud ABBATE, 1988).

Em 1972 foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAM), com o objetivo de formular e implementar uma política nacional de alimentação e nutrição. O INAM foi inserido na proposição do I Plano Nacional de Desenvolvimento, integrando o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAM), o que não chegou a ser operacionalizado. O II PRONAM foi criado na segunda metade da década de 70 e estabeleceu como um dos objetivos a diminuição da incidência de baixo peso de nascimento através da suplementação alimentar das gestantes (STEFANINI, 1988).

Na década de 80, surgiram 02 programas : O Programa de Suplementação Alimentar (PSA) e o Programa Nacional de Leite para Crianças Carentes (PNLCC).

Estes programas foram substituídos na década de 90 pelo Programa “Leite é Saúde” a ser desenvolvido através de Sistema Único de Saúde, atendendo menores de 02 anos e seus contatos familiares e gestantes com risco nutricional (CASTRO; PEREIRA, 1993).

O programa Leite é Saúde apresentava várias características. Dentre elas, a distribuição de alimentos (leite e óleo de soja), associados à prestação das ações básicas de saúde, entre as quais se destacam as atenções às gestantes, especialmente no que se refere à avaliação do crescimento intra-uterino, consulta clínica individual, identificação e tratamento das patologias intercorrentes, orientação e educação em saúde (CASTRO, 1993).

Em 1999, foi instituído o Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN), mediante portaria do Ministério da Saúde. O recurso do ICCN era composto por uma parte fixa e uma parte flexível. A parte fixa do incentivo deveria ser usada integralmente na aquisição de leite e óleo de soja para suplementação alimentar de crianças com 6 a 23 meses de idade. A parte flexível é destinada a outras ações de combate às carências nutricionais, dentre elas, distribuição de alimentos para gestantes com baixo peso (BRASIL, 2001a).

A exemplo de seus antecessores, esta política foi substituída pelo Programa Bolsa Alimentação, criado pelo Ministério da Saúde em agosto de 2001 que consiste na promoção das condições de saúde e nutrição de gestantes, mães amamentando filhos menores de seis meses (nutrizes) e crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses de idade, em risco nutricional, pertencentes a famílias sem renda ou que possuam renda mensal de até R\$ 90,00 (noventa reais). Seus objetivos são listados a seguir:

- aprimorar as ações de combate às carências nutricionais, reduzindo a prevalência da mortalidade infantil em todo o território nacional;
- vincular as famílias em risco com o Sistema Único de Saúde, a fim de prover as ações voltadas para o público materno-infantil;
- direcionar as famílias beneficiadas pelo programa a fim resgatá-la economicamente. (BOLSA ..., 2002).

Resultados encontrados pelo estudo intitulado “Avaliação do Programa de Nutrição em Saúde, no grupo de gestantes de sete municípios de São Paulo”, apontam para a necessidade de se aprofundar a questão de políticas públicas de alimentação e nutrição e as causas reais da existência de programas de suplementação alimentar. No decorrer de sua existência, tais programas têm ocupado espaço político cada vez mais amplo, utilizando-se de argumentos técnicos para sua manutenção e ampliação, embora para alguns autores se proponham, na verdade, a atingir objetivos demagógicos, não possuindo dados concretos de diagnóstico e de avaliação (STEFANINI et al, 1988).

Segundo Galeazzi (1994) os programas nutricionais e alimentares aparecem com graus maiores de focalização, para as regiões urbanas mais pobres e nessas, para os mais pobres entre os pobres. Igual inversão também ocorre no mundo rural. Para o autor enquanto o programa alimentar focaliza melhor os mais pobres, a atenção pré-natal, a qual estão ligados, apresenta cobertura insuficiente nos grupos populacionais de baixa renda.

1.2 Atenção à saúde da mulher

As políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil, até o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), traduziram-se na preocupação com o grupo materno-infantil, o qual sempre permaneceu como o mais enfatizado por essas políticas. Até então, o enfoque central dos vários programas de saúde materno-infantil estava em intervir sobre os corpos das mulheres — mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social (OSIS, 1998).

O PAISM, surgido em 1983, foi anunciado como uma nova e diferenciada abordagem, baseado no conceito de “Atenção Integral à Saúde da Mulher” (AISM). Esse conceito implica o rompimento com a visão tradicional, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução. A idéia central era viabilizar a rede básica de serviços pela integração, regionalização e hierarquização

dos serviços de saúde. Algumas ações, como as relativas ao pré-natal, já se achavam incorporadas ao atendimento da rede de saúde e o início da implementação poderia se dar pelo investimento na melhoria dessas ações (OSIS, 1998).

A proposta de mudança configurada no PAISM sofreu intensa discussão por parte da sociedade, tendo alguns grupos de mulheres, facções de partidos políticos, instituições acadêmicas, médicos e profissionais ligados à saúde pública e, particularmente, à saúde materno-infantil, levantando suspeitas de tratar-se essencialmente de uma estratégia do Estado para controle da natalidade. Essas suspeitas foram superadas com o passar do tempo, consolidando-se o conceito de que se propunha um programa efetivo de assistência integral a este segmento (BATISTA FILHO; LINS E SILVA; SOUZA, 2000; OSIS, 1998; SOCIEDADE CIVIL DO BEM ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997).

Esta visão integral, particularmente nas áreas de atraso econômico e social, deve privilegiar, para autores como Batista Filho, Lins e Silva e Souza (2000) o problema da assistência pré-natal e ao parto, as quais configuram situações de risco consideravelmente elevadas .

O PAISM tem como objetivo o atendimento das doenças mais prevalentes em todas as fases da vida da mulher, priorizando a cobertura de atendimento pré-natal, a qualidade na assistência ao parto, o aumento dos índices de aleitamento materno, a identificação e controle do câncer cérvico – uterino e de mama, o diagnóstico e controle das doenças sexualmente transmissíveis, assim como de doenças prevalentes neste grupo, desenvolvendo atividades de planejamento familiar, evitando abortos pela prevenção de gestações indesejadas e correção de estados de infertilidade (BRASIL, 1984).

A assistência pré-natal, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) , tem se orientado, em maior ou menor grau, por estas linhas de ação propostas pelo Ministério da Saúde.

1.3 Assistência pré-natal

Segundo Reynaud, Mauriceau e Smille (1570; 1668; 1774 apud RUDGE; BEREZOWSKI, 1997), historicamente encontra-se as primeiras referências a aconselhamento durante as gestações nos livros hindus. O verdadeiro acompanhamento, porém, só se verificou no início do século com as visitas domiciliares às gestantes, implantadas EM 1901 pelo Boston Lying-in-Hospital

Na trajetória das mudanças de orientação da assistência à saúde da mulher, a qualidade da atenção ao pré-natal passou a ser associada à valorização dos aspectos físicos e emocionais, pois ficou demonstrado que a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde e que as visitas domiciliares, o preparo para o parto e o nascimento humanizado, ajudam a reduzir os índices da mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2000a).

O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, um período de mudanças físicas e emocionais que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior do seu corpo, Na construção da qualidade da atenção pré-natal está implícita a valorização desses aspectos, traduzida em medidas concretas que permitam sua integração no conjunto das ações oferecidas (BRASIL, 2000a).

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, mediante utilização dos conhecimentos técnicos – científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso. As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação dessas ações sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2000a).

De acordo com o Ministério da Saúde, como condições para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se garantir:

- I. Discussão permanente com a população da área, em especial com as mulheres, sobre a importância da assistência pré-natal na unidade de saúde e nas diversas comunidades;
- II. Identificação precoce de todas as gestantes na comunidade, para que a assistência se inicie ainda no 1º trimestre da gravidez, visando às intervenções oportunas em todo período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas;
- III. Acompanhamento periódico e contínuo de todas as mulheres grávidas, visando assegurar o seguimento da gestante durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos, acompanhando-a tanto na unidade de saúde como em seu domicílio e por meio de reuniões comunitárias;
- IV. Sistema eficiente de referência e contra-referência, objetivando garantir a continuidade da assistência pré-natal em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (BRASIL, 2001b).

A avaliação permanente da assistência pré-natal, deve ser realizada tendo em vista a identificação dos problemas de saúde da população-alvo, bem como o desempenho do serviço. A avaliação será feita segundo os indicadores construídos a partir dos dados registrados na ficha perinatal, no cartão da gestante, nos mapas de registro diário da unidade de saúde, nas informações obtidas no processo de referência e contra-referência e no sistema de estatística de saúde do município ou estado (BRASIL, 2001b).

Diversas fontes têm sido utilizadas para produção dos indicadores relacionados à assistência pré-natal, destacando-se o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). O SIAB contempla um conjunto de informações relativas às condições de vida e de saúde de famílias cobertas pelos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). Estes sistemas, de racionalidade gerencial, possibilitam o monitoramento de diversos eventos. Suas informações referem-se às áreas cobertas por esses programas, não retratando, na maioria das vezes, a cobertura populacional do município como um todo (RECIFE, 2002).

O SIAB é um instrumento que agrega dados e possibilita informações sobre a população atendida. Esses dados são recolhidos através das fichas de cadastramento e acompanhamento, devendo ser objeto de análise e discussão das equipes e dos gestores do PSF (NICHATA; FRACOLLI, 2001).

Os relatórios produzidos através do SIAB permitem:

1. Conhecer a realidade sócio-sanitária da população acompanhada;
2. Avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos e readequá-los sempre que necessário;
3. Melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Com relação à assistência pré-natal, são registrados no SIAB os seguintes indicadores, a partir da ficha do relatório dos agentes comunitários de saúde (Relatório SSA 2).

- I. Nº de gestantes cadastradas e acompanhadas menores de 20 anos;
- II. Gestantes com vacina em dia;
- III. Nº de consultas de pré-natal no mês;
- IV. Nº de consultas com pré-natal iniciado no primeiro trimestre.

Entende-se que a qualidade da consulta pré-natal não se restringe ao acompanhamento de parâmetros numéricos e de indicadores quantitativo. Perceber como essa gestante está sendo abordada pela equipe de saúde, se traduz em aspecto relevante para a assistência pré-natal. Essa abordagem deve levar em consideração a família, a renda, a moradia, o lazer, a educação, o trabalho, a alimentação; enfim, aspectos que influenciam na qualidade de vida dessa mulher e conseqüentemente na qualidade do pré-natal.

1.4 Programa Saúde da Família.

1.4.1 Educação em saúde na prática do PSF

O PSF foi instituído em 1995 pelo Ministério da Saúde e tem como principal objetivo valorizar a relação com o usuário e com a família para criação de vínculo de confiança, que é fundamental no processo do cuidar (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

Ainda conforme Chiesa e Veríssimo (2001) apresenta-se como estratégia de reorganização da atenção à saúde, que se caracteriza por um modelo centrado no usuário, demandando das equipes a incorporação de discussões acerca da necessidade de humanizar a assistência médica – sanitária em nosso país .

A proposição da mudança do modelo assistencial em saúde, mediante implantação do PSF, leva à necessidade de discussão sobre os referenciais teóricos e metodológicos mais adequados para a transformação da prática educativa. Portanto, para se discutir a organização das ações educativas no PSF, deve-se ressaltar que este se constitui na estratégia de reorganização do modelo assistencial, estruturado a partir do fortalecimento da atenção à saúde; da ênfase na integralidade da assistência, do tratamento do indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade, do aumento da capacidade resolutiva da rede básica de atenção; da vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade e da perspectiva de promover uma ação intersetorial (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

O papel da (o) enfermeira (o) implica em interagir com situações que apoiem a integridade familiar e não apenas em lidar com as situações de saúde e doença na família, conforme trabalha com indivíduos e família, reconhece e compreende como a saúde de cada membro da família influencia a unidade familiar e também a influência da unidade familiar sobre a saúde de cada indivíduo na família, incorporando esse conhecimento no plano de cuidados.

1.4.2 Planejamento da atenção à Saúde na perspectiva do PSF

O PSF foi concebido como um projeto de reorganização da atenção básica à saúde, buscando a articulação de modelos tecno – assistenciais que abarcam a prática clínica segundo a lógica da epidemiologia social, provocando o repensar dos modelos de gerenciamento dos serviços, bem como das ferramentas de gestão, dentre essas, o planejamento. Acredita-se que, para atingir o grau de mudanças necessárias em uma dada realidade local, conforme proposto na concepção do PSF, com base na adscrição de clientela, no reconhecimento das necessidades da população local e na co-responsabilização da atenção aos indivíduos, às famílias, aos grupos sociais e ao ambiente, há de se desenvolver a capacidade de coordenar os recursos disponíveis, setoriais e extras – setoriais. Para tanto, sabe-se que a participação dos diferentes atores envolvidos no processo é fundamental, particularmente a participação da população, o que vai ao encontro das premissas básicas do planejamento estratégico (CIAMPONE, PELUZZI, 2001).

1.4.3 Resultados do PSF

O PSF contribuiu para a inclusão de um terço da população brasileira, que se achava à margem da assistência à saúde cujo perfil é de extrema vulnerabilidade. Os Estudos devem sempre levar em conta essa primeira característica, tanto pelo elemento estrutural como pela utilização dos serviços pela população. O monitoramento das equipes do PSF, no ano de 2002, demonstrou que 98% das equipes têm sala de recepção ou espera, 97,5% têm consultório médico, 64,3% têm consultório de enfermagem, 86% têm sala de procedimentos e 61,2% têm sala de vacinas. Por outro lado evidencia que a estrutura piora, conforme cresce o número de equipes por unidade de saúde. Na opinião dos trabalhadores, a estrutura física foi considerada adequada entre 9,6 e 40,6 dos municípios avaliados,

o que revela sérias deficiências neste item e uma acentuada heterogeneidade de situações (INFORMAÇÕES..., 2003)

As atividades de demanda espontânea , realizadas pelos profissionais de nível superior, nos municípios avaliados, variam de 58 a 100% da garantia do acesso a esse tipo de atendimento. A identificação por parte dos usuários da unidade do PSF como sua primeira referência de atenção a saúde, demonstra algum grau de vinculação da população às equipes. Estudo de caso realizado em 10 municípios brasileiros evidenciam que a procura a USF pelas famílias em cada episódio de doença variou desde 31% a 59% entre os municípios estudados (INFORMAÇÕES..., 2003) .

Sabe-se, da literatura internacional, que as vantagens da vinculação e responsabilização na execução da atenção básica traz maior satisfação da população, havendo maior probabilidade de que ela receba ações de prevenção, como maior chance de ser vacinado, menos chance de contrair doenças preveníveis, menos chance de baixo peso ao nascer sendo o atendimento prestado mais precoce e mais adequado. Os usuários têm maior chance de comparecer às consultas de seguimento, ocorrem menos hospitalizações e, quando ocorrem, são por tempo reduzido. Os custos no atendimento também podem ser reduzidos em até 25% (INFORMAÇÕES... 2003) .

Em relação à cobertura das ações, estudos específicos demonstram que a priorização das ações materno-infantis tem efeitos sobre o pré-natal com início precoce e sobre a melhora da cobertura do aleitamento materno exclusivo e das imunizações. O acesso, porém, dos usuários com doenças crônicas, que em estudos populacionais são auto-referidos em 60% dos domicílios, ainda estar por merecer um reforço por parte dos profissionais do PSF (INFORMAÇÕES... 2003).

Segundo com Informações ... (2003) não há dúvidas que, quanto maior o vínculo das equipes com o usuário, melhor o planejamento das ações. Por isso, têm sido inúmeras as atividades realizadas pelas equipes no país, como o envolvimento em

processos de regularização fundiária, de saneamento básico, de habitação, da conquista por áreas de lazer, do enfrentamento do analfabetismo em adultos ou do monitoramento da evasão escolar . Visto por este ângulo, pode ser dito que o PSF tem se mostrado uma importante estratégia para reordenação do modelo assistencial, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua.

Além disso, parece ter trazido mudanças no tipo de atendimento à saúde, modificando costumes, práticas e hábitos de profissionais de saúde, exigindo uma reformulação em todo sistema de saúde e de ensino, formando profissionais com uma visão mais direcionada para o coletivo e para a promoção à saúde.

Sem dúvidas, muitas questões do programa precisam ser estruturadas, porém apresenta-se como um caminho para a equidade e a universalidade da atenção à saúde.

2 Justificativa da pesquisa

A gravidez, como já foi referida, envolve alterações fisiológicas, hormonais, psicológicas, sociais e ambientais. Muitos dos desconfortos ou patologias específicas da gravidez poderiam ser evitados ou minimizados através de uma adequada assistência pré-natal.

O cuidado nutricional é um componente privilegiado dessa assistência. A avaliação nutricional e a educação quanto aos hábitos alimentares são cuidados primários que ajudam na manutenção de uma gravidez sem riscos. O conhecimento técnico e científico que embasa estes cuidados já está bem estabelecido sendo fruto de consenso entre pesquisadores e estudiosos da área e traduzidos operacionalmente, de forma simples, nos manuais do Ministério da Saúde.

Apesar disso, durante a realização de consultas de pré-natal, observou-se com frequência que enfermeiras (os) não dedicam a atenção devida ao cuidado nutricional deixando, portanto, de identificar problemas e necessidades que vão influenciar no desenvolvimento de uma gravidez saudável e de prestar as orientações necessárias para preveni-los ou controlá-los.

O desenvolvimento desse estudo objetivando identificar e avaliar a presença desse componente dentro da consulta pré-natal, irá trazer contribuições para verificar de que forma o cuidado nutricional tem sido prestado dentro das consultas de Enfermagem no pré-natal com vistas a oferecer subsídios aos programas de capacitação das ESF em todos os níveis; planejamento, execução, acompanhamento e avaliação dos programas de assistência à saúde da mulher e à melhoria da qualidade dessa assistência.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Identificar de que forma o cuidado nutricional tem sido prestado dentro das consultas de Enfermagem no pré-natal realizado em Unidades do Programa Saúde da Família.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar, dentro da consulta de Enfermagem no pré-natal os seguintes aspectos:
 - a realização sistemática da avaliação nutricional;
 - a qualidade desta avaliação;
 - a adequação das medidas tomadas;
 - a presença sistemática da orientação nutricional;
 - a pertinência técnica - científica dos conteúdos repassados;
 - a adequação pedagógica do repasse de informações.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Boa parte dos fenômenos que acontecem no cotidiano, da atenção à saúde, não podem ser descritos e explicados mediante o emprego de fórmulas numéricas ou indicadores estatísticos, por que não são quantificáveis em função da sua carga histórica, cultural, política e ideológica. Assim sendo, com freqüência se faz necessário buscar uma metodologia mais próxima da prática social, que permita registrar dados subjetivos e aproximar o conhecimento científico das relações humanas (MINAYO, 1998).

A metodologia da pesquisa qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construção humana significativa. A investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais à abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos. Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando à finalidade da investigação (MINAYO, 1998).

Apesar, no entanto, de se ter optado por uma metodologia eminentemente qualitativa, não se deixou de considerar a freqüência numérica dos achados, quando isto se mostrou adequado e oportuno, seguindo a premissa de Pedro Demo de que a quantidade não revela todas as nuances de um objeto de estudo mas não deixa de ser uma das dimensões da qualidade (DEMO , 1985).

Perceber como enfermeiras (os) estão desenvolvendo os cuidados nutricionais durante a consulta do pré-natal exigiu, portanto, o emprego de um método qualitativo com análise de dados quantificáveis. A partir de um estudo descritivo exploratório, documental e observacional que teve como fontes de evidência a observação das

consultas, o registro feito pelo profissional nos prontuários e no cartão da gestante e a gravação de consultas.

4.2 Universo e amostra.

Foi realizado um sorteio de 05 unidades do Programa Saúde da Família do Distrito Sanitário VI do município da cidade do Recife. Caso fossem sorteadas unidades onde funcionavam várias equipes, seria procedido novo sorteio para a seleção de uma única equipe.

A amostra foi constituída de 25 gestantes, segundo Minayo (1998) é o número máximo de indivíduos recomendado para a realização de pesquisa qualitativa. Foi observado e descrito um único atendimento de cada uma das gestantes, por parte da enfermeira de cada uma das equipes.

Cada grupo de 05 gestantes de uma mesma unidade, a terem suas consultas observadas e descritas, deveria conter:

- Uma gestante do 1^a trimestre;
- Uma gestante no curso do 2^o trimestre
- Uma gestante no curso do 3^o trimestre
- As duas gestantes escolhidas para completar o grupo poderiam se encontrar em qualquer período da gestação.

O diagrama abaixo sumariza o processo de composição da amostra.

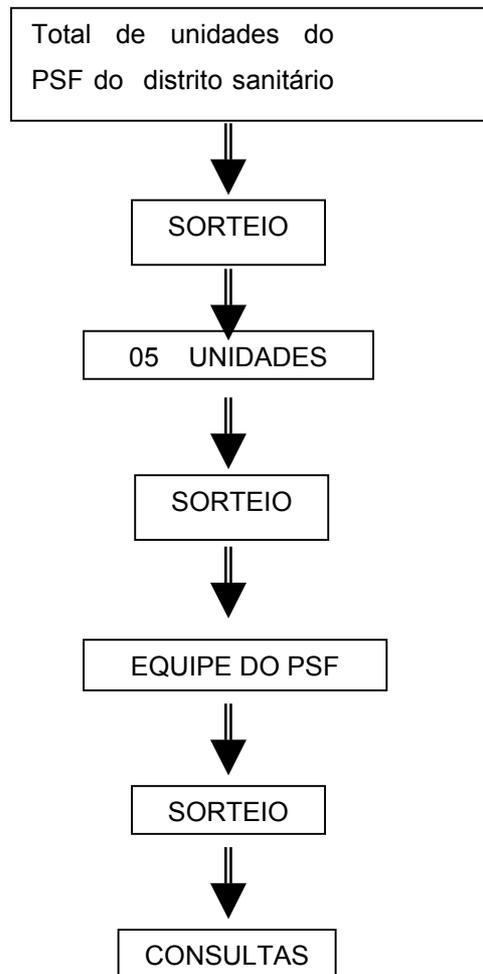


Figura 01 : Processo de composição da amostra. Recife, 2003.

Justifica-se esta composição da amostra pelo fato de que em cada período gestacional existem peculiaridades específicas com cuidados e recomendações diferenciadas para cada idade gestacional, sendo importante identificar o desempenho de cada profissional no que diz respeito aos cuidados nutricionais nas diversas fases da gestação.

4.3 Caracterização das Unidades de Saúde pesquisadas

Das 05 Unidades de Saúde da Família (USF) que constituíram a amostra, 04 estavam localizadas no bairro do Ibura e 01 no bairro da Imbiribeira, todas pertenciam ao VI Distrito Sanitário da Cidade do Recife.

Estas unidades possuem, no total, 11 equipes. De acordo com o sorteio, trabalhamos com 05 equipes, cuja população adscrita totalizou 4.541 famílias. O número total de gestantes destas equipes, inscritas no programa referente ao mês de março de 2003, foi de 133 e a média percentual das gestantes atendidas foi de 95.66% durante os meses de outubro de 2002 a março de 2003, período dentro do qual transcreveu a coleta de dados.

O quadro abaixo apresenta as unidades de saúde pesquisadas, quanto a localização e o quantitativo de famílias e gestantes cadastradas de acordo com as equipes onde foram coletados os dados.

Quadro 1: Distribuição das unidades de saúde pesquisadas em relação à localização, nº de famílias e nº de gestantes cadastradas de acordo com as equipes pesquisadas. Recife/2003.

<i>USF</i>	<i>Localização</i>	<i>Equipe</i>	<i>Nº de famílias</i>	<i>Gestantes</i>
MVD	Ibura – COHAB	2	791	30
UR 10	Ibura – COHAB	1	1.055	31
UR 12	Ibura – COHAB	1	650	17
UR 4/5	Ibura – COHAB	4	975	25
CAF	Imbiribeira	1	1.070	30
Total	-	-	4.541	133

Existem marcantes diferenças com relação ao modelo de atenção à saúde, no que diz respeito às unidades de saúde “tradicional” e aquelas que compõe o Programa Saúde da Família.

A USF é em muitos casos, um o novo ou antigo Posto ou Centro de Saúde reestruturado, trabalhando dentro de uma nova lógica, que lhe atribui maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência (BRASIL, 1999).

A estrutura das USF implica, a princípio, em desempenhos bem diferenciados. No que se refere à qualidade de prestação de serviços, as USF possuem atividades direcionadas para grupos específicos das comunidades, sendo as prioridades estabelecidas após diagnóstico de área, o qual é realizado pelas equipes de saúde.

As unidades cediam um total de 11 equipes, sendo que a USF de Jardim Monte Verde (MVD) , UR 10 e UR 12 possuem 02 equipes cada. A USF UR4/UR5, possuem 04 equipes e a USF Cafezópolis (CAF), 01 equipe.

Cada equipe é composta de enfermeira, médica (o), auxiliar de enfermagem, agente comunitários de saúde e 01 odontólogo para cada unidade. Existe ainda o pessoal de apoio, constituído por estagiária (os) para o Serviço de Arquivo Médico (SAME), farmácia e recepção além de um agente administrativo, serventes e vigilantes.

Uma USF pode trabalhar com uma ou mais equipes, variando de acordo com o número de famílias existentes na área. Recomenda-se que o número de equipes por unidade não seja superior a três, facilitando a identificação das equipes e organizando melhor o fluxo dos usuários (BRASIL,1999).

É recomendável que a ESF seja composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde. Outros profissionais de saúde, tais como psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, dentre outros, poderão ser incorporados a esta equipe básica, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais (BRASIL,1999).

As Equipes de Saúde da Família (ESF), trabalham com uma população adscrita, ou seja, com um número fixo de famílias. De uma forma geral, recomenda-se que cada ESF assista de 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4.500 habitantes. Cada

Agente Comunitário de Saúde (ACS) da equipe cobre uma área cuja população varia entre 20 a 250 famílias. Essas definições dependem das realidades geográficas, econômicas e sócias política da área, levando-se sempre em conta a densidade populacional e a facilidade de acesso à Unidade (Brasil,2000).

As Unidades possuem uma estrutura física com sala de reunião, farmácia, consultórios, sala de vacina, triagem, sala de curativo, SAME, recepção, consultório odontológico, sala de esterilização e expurgo.

No que se refere aos recursos laboratoriais para a dosagem de hemoglobina, entre outros exames necessários ao monitoramento da gravidez, 03 dos serviços dispunha de coleta na própria unidade e em 02 unidades este serviço era feito em laboratórios contratados.

Outro aspecto restritivo a ser destacado consiste na falta de provisão de ferro medicamentoso em 100% das unidades avaliadas. Os estoques não são suficientes para atender a demanda em quase 100% dos casos, uma vez que as unidades de saúde fornecem medicamentos para toda gestante que procura a farmácia da unidade, independente da unidade de origem.

4.4 Procedimentos de coleta de dados

Os seguintes procedimentos foram utilizados:

- Observação direta, realizada durante as consultas selecionadas, tendo-se como referência um roteiro constituído dos seguintes itens (Apêndice A) :

- identificação da gestante;
- antecedentes obstétricos;
- condições de moradia e renda;
- situação anterior e atual do acompanhamento pré-natal;
- presença das recomendações sobre os hábitos alimentares;
- presença das recomendações sobre achados bioquímicos;
- presença das recomendações sobre o uso do sulfato ferroso;

- Pesquisa documental, realizada nos prontuários e nos cartões da gestante das usuárias selecionadas com vistas a recolher os seguintes dados:

- achados relevantes no prontuário : registro de agravos nutricionais, anotações de resultados de exames relevantes para a avaliação do estado nutricional e recomendações nutricionais.

- análise de conteúdo, realizada a partir das gravações dos diálogos entre enfermeiras e usuárias, objetivando complementar as informações obtidas mediante a utilização dos procedimentos anteriores e aprofundar a avaliação dos aspectos subjetivos da relação interpessoal.

O prontuário foi utilizado como fonte de evidência fornecendo informações anteriores sobre a gestante e seu acompanhamento no pré-natal, proporcionando melhores condições para se avaliar a adequação das medidas tomadas na consulta que está sendo observada e descrita.

4.5 Análise do conteúdo das consultas

A análise do conteúdo das consultas teve como padrão referencial àquilo que prevê as orientações do Ministério da Saúde constantes nos manuais de assistência pré-natal e complementadas pelas recomendações da bibliografia consultada, concluindo-se a partir daí sua adequação ou não.

Levou-se em consideração a frequência de achados repetidos nas várias observações sem deixar de fazer o registro dos achados raros ou isolados que se mostraram relevantes.

No que diz respeito à adequação quanto aos hábitos alimentares foi levada em consideração a idade gestacional da gestante, o quadro clínico, os exames, às queixas e o peso.

Assim, os hábitos foram classificados como adequados, inadequados ou indeterminados, quando não se sabia da existência de queixa ou não pelo fato da enfermeira não ter perguntado e de não constar registro escrito da informação.

Com relação ao uso do sulfato ferroso foi observada a orientação com relação à dose, ao horário de administração da medicação, à associação de outros alimentos, ao período do uso do sulfato ferroso e ao nível de hemoglobina. A informação foi classificada como adequada ou inadequada ou inexistente.

No que diz respeito, a avaliação do estado nutricional foram utilizadas os seguintes parâmetros: peso gestacional, peso pré-gestacional e estatura. Os registros foram analisados quanto à existência ou não de registro de parâmetros durante a consulta bem como a assinalação desses parâmetros no gráfico do cartão da gestante, recomendado pelo MS e a sua evolução.

A análise de conteúdo dos diálogos travados entre enfermeiras e gestantes durante as consultas foi feita de acordo com a sistemática prevista por Richardson (1985) e serviu para evidenciar não apenas a adequação técnica dos procedimentos, mas também e principalmente para identificar aspectos importantes da relação entre o universo do trabalhador e do usuário dos serviços de saúde, base para o êxito ou fracasso de qualquer cuidado.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

É por demais reconhecido que, no Brasil, em função das suas dimensões territoriais e, principalmente, da heterogeneidade da sua população no que diz respeito aos aspectos sociais, econômicos e culturais, evidenciam-se fatores diferenciados de risco à saúde para as diversas regiões.

Sendo assim, a classificação dos fatores geradores de risco para a gravidez, proposta pelo Ministério da Saúde em Brasil (2000 a), se mostra bastante genérica, baseando-se em grandes grupos de causas, a saber:

1.Características individuais e condições sócias – demográficas desfavoráveis;

2.História reprodutiva anterior à gestação atual;

3.Doenças obstétricas na gestação atual;

4.Intercorrências clínicas.

A aplicação desta classificação, por ocasião da anamnese e do exame físico realizado nas consultas inicial e subsequente, permite estabelecer um gradiente de necessidade de cuidados que vai desde o mínimo, para os indivíduos de baixo risco ou baixa probabilidade de apresentar danos, até o máximo, atribuído às gestantes com alta probabilidade de sofrer danos à saúde. A identificação de indivíduos com gradientes de risco diferenciados permite à equipe de saúde dispor de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados à saúde, de maneira diferenciada (BRASIL, 2000 a).

Evidentemente, não se pode aguardar que as medidas estruturais necessárias à correção dos graves problemas econômicos e sociais do país sejam adotadas em sua plenitude e surtam efeitos desejados para que o setor saúde se mobilize no sentido de erradicar ou controlar riscos de adoecimento e morte. Mas, por outro lado, é importante que, no desenvolvimento de programas de combate às doenças e agravos que acometem os diferentes segmentos da população, não se perca a dimensão da real profundidade da interferência das questões políticas, econômicas e sociais no estado de saúde dos cidadãos (RIBEIRO, 2001).

5.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO

5.1.1 Idade

Observou-se uma amplitude de variação de 14 a 29 anos e uma média de idade de 20,8 anos. Por outro lado, a tabela 1 mostra que as gestantes concentram-se na

faixa etária até 27 anos, distribuindo-se uniformemente nas categorias que abrangem este intervalo, ou seja : menores de 18, 18 a 22 e 23 a 27 anos.

Tabela 1: Distribuição das gestantes, segundo a idade. Recife, 2003.

Faixa etária anos	N
<18	8
18 a 22	7
23 a 27	8
28 a 32	2
Total	25

Acredita-se que de todas as variáveis biológicas, a idade materna seja a mais importante, sendo considerada importante fator de risco para o baixo peso e para a mortalidade infantil (SILVA, 1997 apud RECIFE, 2002).

Como se sabe o período reprodutivo compreende a faixa entre a menarca e a menopausa, dentro do qual é possível a concepção. Este período é considerado pela maioria dos autores como aquele correspondente à faixa etária de 15 a 49 anos, embora haja quem defenda outros intervalos como 10 a 49 anos e 15 a 44 anos (ROUQUAROL, 1999 apud RECIFE, 2002).

As repercussões nutricionais serão tanto maiores quanto mais próxima da menarca acontecer à gestação, já que nesse período o processo de crescimento ainda está em andamento. O crescimento materno pode sofrer significativa interferência da demanda extra requisitada pela necessidade de crescimento do organismo fetal. É preciso considerar, ainda, que a adolescência implica em necessidades maiores de calorías, vitaminas e minerais e estas necessidades somam-se àquelas exigidas para o crescimento do feto e para a lactação (GRAVIDEZ ..., 2003).

Nos anos recentes, entre 1995 e 2000, cerca de 56.32% das mães atendidas em maternidades do Recife tinham de 20 a 29 anos e 23.59% eram adolescentes, correspondendo a 0.91% na faixa de 10 a 14 e 22.68% na faixa de 15 a 19 anos.

Segundo esta mesma fonte houve, entre 1995 e 2000 um aumento de 7.21% na proporção de mães adolescentes, correspondendo a uma elevação anual média de 1.44% (RECIFE, 2002).

Diversos autores, entre eles Gomes (2003), identificam a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública, de graves dimensões sociais, levando ao abandono da escola, à dificuldade para conseguir emprego e ao baixo peso dos recém - nascidos ao nascer, entre outras conseqüências. Trata-se de um fenômeno multicausal e sua etiologia está relacionada a uma série de aspectos que podem ser agrupados em fatores biológicos, de ordem familiar, de ordem social de ordem psicológica e relacionada com a contracepção. Acontece que, além dos problemas de ordem psicossocial para ambos os sexos, a gravidez na adolescência aumenta os riscos de ordem biológica tais como a doença hipertensiva específica da gestação, as anemias, as hemorragias e outras complicações que podem sobrevir durante a gestação, no momento do parto ou no curso do puerpério, contribuindo para o aumento da mortalidade materna.

Pernambuco está em quinto lugar entre os estados brasileiros com maior índice de partos em adolescentes . De acordo com o Ministério da Saúde cerca de 39 mil pernambucanas com idade entre 10 e 19 anos deram à luz em 2000. Isso equivale a 27.67% do total geral de 141.568 partos realizados no Estado no mesmo período,. Nas áreas ditas de habitação subnormal do Recife, de cada dez mães, uma é menor de 15 anos, sendo que 60% delas têm menos de 20 anos de idade conforme noticiado pelo jornal Diário de Pernambuco. (GALDINO, 2003).

Ainda na edição do Diário de Pernambuco Berquó (2000 apud GALDINO, 2003) pesquisadora do Núcleo de Estudos da População da Universidade de Campinas, cita os números que refletem a tendência do aumento da fecundidade na população com idade até 19 anos, o que se constata mediante a análise comparativa dos censos de 1991 e 2000, ficando evidenciado que houve um aumento de 25% da taxa de fecundidade dos jovens com idade até 19 anos no Brasil. Na população de baixa renda a taxa de fecundidade mostrou-se ainda mais elevada. Ilustra esta conclusão o fato de que entre as meninas com renda inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo,

o número de grávidas é de 40% e, na população com renda acima de 5 salários mínimos é de 11%.

A Organização Pan-americana de Saúde atribui o aumento do número de filhos de mães menores de 20 anos ao fato de que “o conhecimento sobre a relação sexual livre se difunde mais rapidamente entre os adolescentes, (do) que o conhecimento sobre os efeitos biológicos e psicológicos adversos da gravidez nessa idade, tanto para a mãe quanto para o filho” . Esta lacuna de informação abrange os que uma vez presentes ao longo da gestação, reduzem sensivelmente o risco de complicações obstétricas entre mulheres adultas e adolescentes pertencentes ao mesmo nível socioeconômico (GRAVIDEZ...,2003)

5.1.2 Grau de instrução

A análise do grau de instrução revela que metade das gestantes pesquisadas informou nível de escolaridade entre a 5ª e a 8ª série do ensino fundamental enquanto as demais se distribuíram igualmente nas categorias de 1ª a 4ª série deste nível de ensino e nas três séries do Ensino médio (tabela 2) .

É importante ressaltar que um quarto da amostra possuía menos de 5 anos de estudo o que contraria a Constituição Federal que prevê uma escolaridade mínima de 8 anos para todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1998).

**Tabela 2: Distribuição dos níveis de educação formal das gestantes.
Recife, 2003.**

Nível Educacional	N
• 1 ^a a 4 ^a (ens. Fund.)	6
• 5 ^a a 8 ^a (ens. Fund.)	12
• 1 ^a ao 3 ^a (ens. Médio)	7
Total	25

A escolaridade da mãe tem sido apontada como importante variável na análise das condições de risco para a mortalidade materna e infantil. Possui um potencial explicativo capaz de expressar a situação socioeconômica da mãe e do contexto familiar em que está inserida (SILVA, 1997 apud RECIFE, 2002).

Por outro lado, o analfabetismo ainda é um dos mais sérios problemas sociais que afetam a população em geral e, particularmente, a população feminina. Entre as mulheres brasileiras, com mais de 10 anos de idade, cerca de 18% são analfabetas, possuindo menos de um ano de estudo formal, sendo o quadro mais grave o da Região Nordeste, aonde chega a alcançar percentuais de 31.0 %. Apesar disto, as taxas de analfabetismo para gerações mais jovens de mulheres, têm-se mostrado bem mais reduzidas, ficando em torno de 2% na faixa de 10 a 19 anos (ROUQUAYROL, 1999 apud RECIFE, 2002).

Entre 1995 e 2000, a Cidade do Recife apresentou um percentual elevado de mães sem instrução ou com 1^o grau incompleto, perfazendo uma média de 54.40%. No entanto, apesar deste elevado percentual houve, em 2000, uma diminuição importante em relação ao ano de 1995, detectando-se um declínio de 54.51%, correspondendo a uma redução anual média de 10.90% (RECIFE, 2002).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) registrou, em 1999, 30% de analfabetos funcionais, definidos como pessoas com menos de 4 anos de estudo concluídos com aprovação, no país. A maior proporção foi no Nordeste - 47% - e no Sul - 22% (ANUÁRIO..., 2003).

Entende-se que a taxa de analfabetismo e a distribuição da população por anos de estudo possibilitam relacionar o nível de instrução dos segmentos populacionais com

os determinantes das condições de saúde, contribuindo para o processo de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde, uma vez que as pessoas não alfabetizadas e / ou analfabetas funcionais requerem, necessariamente, tratamento diferenciado nas práticas de promoção, proteção e recuperação de saúde, sem o que jamais alcançarão equidade (ANGELO; BOUSSO, 2001).

5.1.3 Condições de Moradia

O gráfico apresenta a distribuição das gestantes de acordo com a condição de posse da habitação. Verifica-se que a grande maioria das famílias não precisa arcar com custos de moradia, residindo em casa própria ou cedida por familiares, parentes ou amigos.

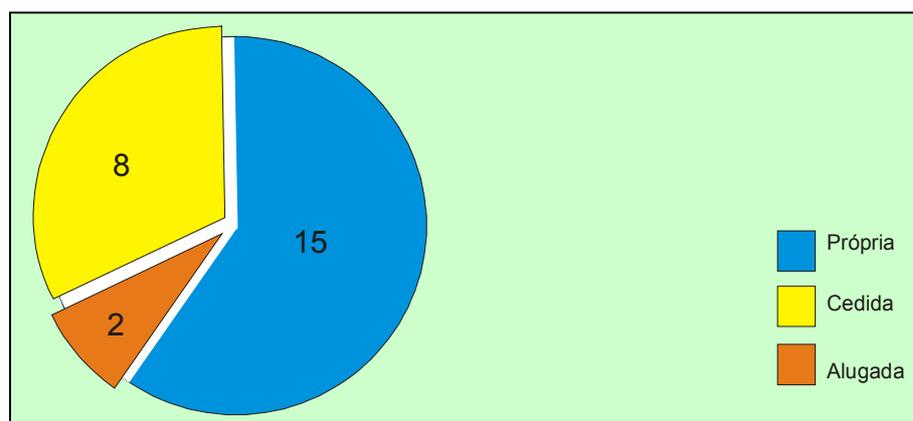


Gráfico 1: Distribuição das gestantes, segundo a condição de posse da habitação. Recife, 2003.

Deve ser dito, no entanto, que tais habitações, via de regra, são construídas em terrenos invadidos, localizando-se, algumas, em áreas com risco de deslizamento.

Quanto ao número de habitantes por domicílio (Tabela 3) observa-se que a maioria das gestantes divide o espaço da residência com 4 ou mais pessoas o que certamente agrava a insalubridade da moradia que, em geral, já dispõe de precárias

condições no que diz respeito a espaço, estrutura da construção e saneamento básico.

Tabela 3: Distribuição do número de habitantes no domicílio das gestantes atendidas nas USF. Recife, 2003.

Pessoas no Domicílio	Nº
• 1 a 3	11
• 4 a 6	8
• 7 a 9	5
• 10	1
Total	25

Segundo informações do SIAB, com dados coletados a partir da análise dos diagnósticos de área feita pelas equipes do PSF que atuam nesta região, demonstra que 90% das casas têm paredes de tijolos com o piso revestido de cimento., O lixo é coletado por caminhão e a frequência varia de 2 a 3 vezes a uma vez por semana. Com relação às instalações sanitárias, 95% dos domicílios estão ligados à rede pública de abastecimento de água e ao sistema de esgotamento sanitário.

5.1.5 Renda Familiar

A julgar corretas as informações das gestantes acerca da renda familiar, freqüentemente superestimada no momento da entrevista, podemos analisar que mais da metade delas se acham inseridas em famílias com renda até um salário mínimo (Tabela 4) uma vez que o valor do mesmo, a época, era de 200,00 reais.

Tabela 4 Distribuição da renda familiar mensal das gestantes integrantes da amostra. Recife, 2003.

Renda Familiar (em reais)	Nº
120,00 a 150,00	3
151,00 a 200,00	11
201,00 a 400,00	9
401,00 a 600,00	2
Total	25

Deve ser considerado que esta renda é bastante oscilante, tendo em vista resultar, em boa parte dos casos, de biscates e outras atividades que não garantem um valor mensal fixo.

Segundo a PNAD, as informações sobre a proporção de pobres mostram que mais de 25% da população brasileira, em 1999, pertenciam a famílias com renda mensal per capita de até meio salário mínimo, valor equivalente na época a R\$ 68.00. Os números mais preocupantes foram observados, novamente, na Região Nordeste, aonde a proporção de pobres sobre a população residente chegava a mais de 47 %, devendo ser dito que estados como o Maranhão atingiram o valor de 57% contra 9% para o estado de São Paulo (ANUÁRIO..., 2003).

No Brasil, o tema exclusão social está relacionado principalmente à situação de pobreza. Cidadãos nessa condição constituem grupos em exclusão social por que se encontram em situação de risco pessoal e social. São pessoas, famílias e comunidades inteiras excluídas das políticas sociais básicas ou de primeira linha, como trabalho, educação, saúde, habitação, alimentação, o que lhes confere a condição de sub cidadãos ou cidadãos de segunda classe (COMPANHIA, 1994 apud BRASIL, 2001).

Na medida em que avançou e se expandiu o modo de produção capitalista, com crescimento predominantemente industrial, foi se alastrando a fome e a carência global de nutrientes por todo o território nacional, com dupla e tripla prevalência para as regiões geográficas marginais, entre as classes sociais mais exploradas desse

processo de desenvolvimento. Isto porque a área rural se manteve em franco atraso enquanto os assentamentos urbanos não incorporaram as demandas sociais de condições de emprego, moradia, alimentação e, portanto, de uma vida decente (DESIGUALDADE..., 2003).

5.1.5- Síntese acerca do perfil sócio-demográfico

O perfil sócio-demográfico revela que o grupo estudado é constituído, majoritariamente, por gestantes jovens, com baixo nível de instrução, morando em condições habitacionais precárias e em famílias de baixa renda. Tal condição já lhe confere um alto grau de risco psico-social e biológico impedindo que possam se enquadrar no conceito de saúde definido na Constituição Brasileira, o qual abrange os determinantes e condicionantes socioeconômicos.

Estudo realizado sobre “Assistência pré-natal no Estado de Pernambuco: alguns resultados de um estudo transversal” conclui que os fatores socioeconômicos, notadamente renda e escolaridade, estão estreitamente relacionados com o acesso ao pré-natal. A demanda para assistência pré-natal e o número de consultas realizadas no curso da gravidez, correlacionam-se diretamente com a renda familiar, polarizando-se nas situações extremas da distribuição. Entre as mães pertencentes a famílias com renda igual ou acima de 2,5 salários mínimos, apenas 2.1% deixaram de fazer consultas pré-natais. Esta é uma situação bem distinta daquela encontrada nas mães de extrato inferior de renda (menor ou igual a 0,5 salário mínimo *per capita* familiar), entre as quais 26.5% não acessaram o serviço de assistência pré-natal no transcurso da última gestação. Com relação à escolaridade materna, a cobertura da assistência pré-natal alcançou 98.2% das mães que fizeram 2º grau e 3º grau de escolarização, deixando assim de incluir apenas 1.8% das mesmas. Já entre as analfabetas, 36.3% das mães não acessaram os serviços pré-natais, na vigência da última consulta (BATISTA FILHO; LINS E SILVA; SOUZA, 2000).

Sabe-se que a Constituição Federal aponta a saúde como direito do cidadão e dever do Estado o qual, para assegurar o princípio da equidade, precisa dar prioridade

aos grupos sociais mais excluídos. Significa dizer que, no campo da atenção à saúde, os cuidados devem ser orientados no sentido de não perder as oportunidades de redução dos riscos produzidos pela precarização das condições de vida.

Wagstaff (2002) é um dos muitos autores que constata a pobreza e a falta de saúde inter-relacionadas e para tanto apresenta, como a maioria dos autores que trabalham com esta temática, dados reveladores de que os países pobres tendem a apresentar resultados sanitários bem abaixo daqueles dos países mais ricos. Esta associação reflete uma relação de causalidade que funciona nos dois sentidos: a pobreza gera precário estado de saúde e esse, por sua vez, agrava os índices de pobreza e desenvolvimento. Com relação aos conhecimentos sobre as causas das desigualdades e sobre a eficácia das políticas destinadas a combatê-las, é muito pouco o que se sabe acerca dos efeitos dessas políticas embora se disponha, hoje, de muitas técnicas de medição e de muitas informações relativas à magnitude e às causas da desigualdade.

Sem dúvida, é importante que, no desenvolvimento dos programas de saúde, não se perca de vista que a relação entre as questões políticas, econômicas e sociais e o estado de saúde é uma via de mão dupla. Nesta perspectiva, a consulta de pré-natal, na medida em que representa uma oportunidade privilegiada de redução de riscos à saúde da gestante e do recém-nascido, tem significativa contribuição a dar para a elevação da qualidade de vida das famílias.

5.2 Antecedentes Gestacionais

5.2.1 Presença de Fatores de Risco

Para a seleção dos fatores de risco a serem observados junto às gestantes incluídas na pesquisa, foi tomado como base o Manual de Assistência do Pré-Natal de Baixo

Risco do M S (anexo A). Amplamente utilizado na atividade de pré-natal realizada nas Unidades de Saúde da Família.

Os fatores de risco que foram evidenciados durante a coleta de dados, bem como os quantitativos de gestantes que os apresentaram estão discriminados no gráfico 2 .

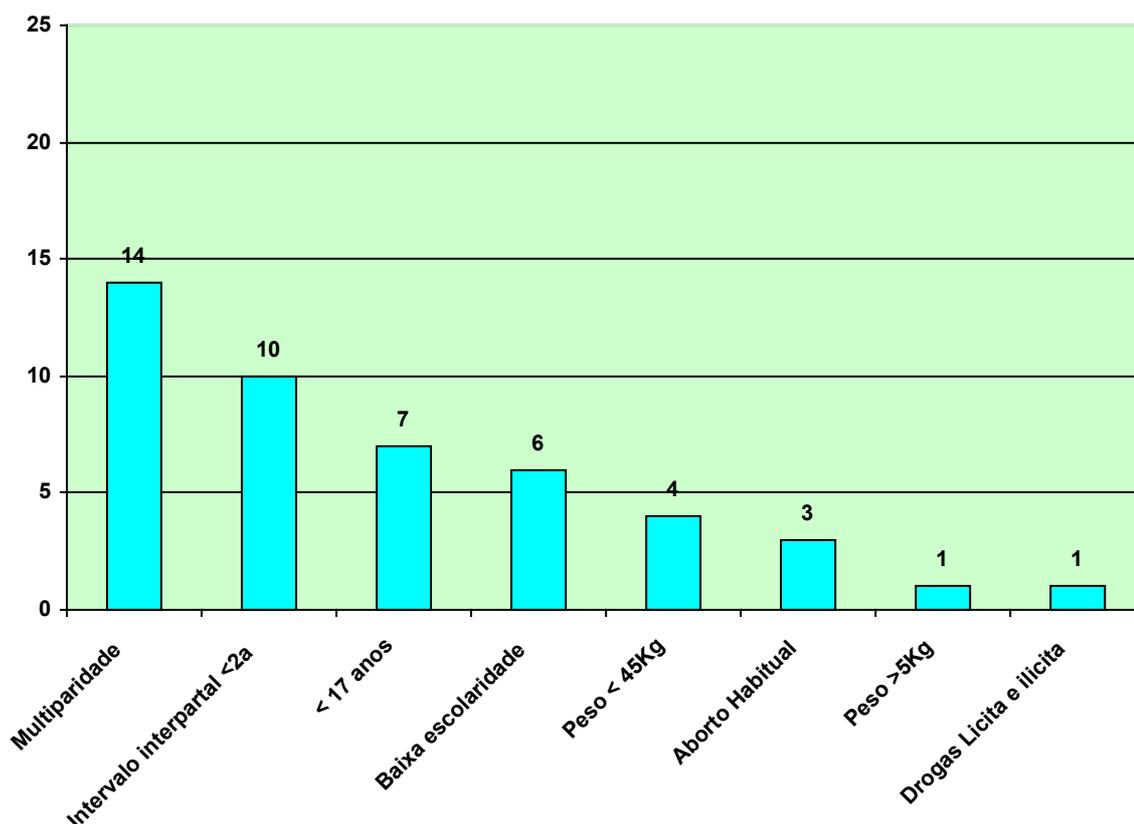


Gráfico 2: Distribuição das gestantes integrantes da amostra, segundo os fatores de risco gestacional. Recife, 2003.

A multiparidade aparece como o fator de risco com maior distribuição no grupo de gestantes pesquisado. Como causa isolada, já é citada na literatura como possível causa de intercorrências obstétricas, entre elas a atonia uterina. (REZENDE, 1995; RUDGE; BEREZOWSK, 1995).

Gremberg (1946 apud CAVAGNA NETO, 1995) refere que a 1ª hora após a expulsão dos anexos é de fundamental importância nos processos hemostáticos que visam coibir o sangramento oriundo do útero. Este é o 4º período do parto e entre as fases que o compõem encontra-se a chamada indiferença miouterina na qual o

útero alterna fases de contração e relaxamento. Esta fase é tanto mais duradoura quanto maior for a paridade, predispondo à atonia e ao sangramento pela exaustão muscular.

Associada a outros fatores de risco, que obtiveram significativa frequência nesta amostra, como é o caso do intervalo interpartal menor que 2 anos, a multiparidade certamente representa ameaça ao bom termo da gestação e à própria saúde da mulher devendo ser considerada como causa interveniente de mortalidade materna. Em relação à paridade, tem sido verificado que, quanto maior o número de filhos, mais tardiamente a gestante inicia o acompanhamento pré-natal e menor o número de consultas observadas (TREVISAN et al , 2002).

Especificamente com relação ao intervalo interpartal, os autores responsáveis pela produção científica na área da ginecologia e da obstetrícia , são unânimes em recomendar que dois anos são considerados como período mínimo a ser guardado entre um parto e outro, tempo necessário para a recuperação do organismo materno. Em nossa pesquisa 40% das gestantes apresentavam intervalo inferior a 02 anos (BURROUGHS, 1995; NEME, 1997).

Quanto ao fator de risco representado pela idade inferior a 17 anos, condição de quase 30% (n=07) das gestantes pesquisadas, a maior ocorrência de complicações obstétricas associadas acha-se bem documentada na literatura.

Assim é que, segundo Linares et al (2002) em pesquisa intitulada “Fatores de risco de saúde materno-infantil em mães adolescentes na Colômbia” (Linares et al, 2002) foi evidenciado que mães adolescentes apresentam piores indicadores de saúde materno – infantil que as de maior idade. Defende-se, naquele estudo, que a gravidez de uma adolescente deve ser considerada sempre de alto risco, não só pela falta de desenvolvimento de seu sistema reprodutivo, mas também por suas características psico-sociais. Demonstram, por fim, que o risco se eleva quando a futura mãe não se encontra legalmente casada, tem mais de dois filhos, vive em zona urbana e possuem baixo nível de educação formal, características comuns no grupo de gestantes estudadas em nossa pesquisa.

O estudo de Pal et al (1997 apud ABUSO ..., 2003) envolvendo 2 grupos, um com faixa etária dos 20 aos 30 anos de idade e outro com 19 anos ou menos, detectou um risco de 27,5% de aparecimento de anemia no segundo grupo contra 11,2% no primeiro grupo, de 11,2% de retardo de crescimento intra-uterino contra 8,7% e de 15% de hipertensão contra 8,7% (ABUSO..., 2003).

De acordo com Trevisan et al (2002), o nível de escolaridade refere que, quanto maior a escolaridade materna, melhor a qualidade da atenção pré-natal. Em nossa pesquisa encontramos um percentual de 24% (n= 06) de gestante com baixa escolaridade.

No que diz respeito ao Estado Nutricional, a pesquisa intitulada “Relação entre o estado nutricional de mães adolescentes e o desenvolvimento neonatal” Griffiths (1995), evidenciou que o atraso do crescimento intra-uterino e o baixo peso ao nascer, fatores que influenciam notavelmente no desenvolvimento físico e mental da criança, se acham afetados pelo estado nutricional da mãe durante a gravidez e, até certo ponto, por seu estado nutricional pré - gestacional. Segundo aquele estudo, as adolescentes grávidas já se constituem um grupo de alto risco em termos nutricionais pelo simples fato de se encontrarem ainda em fase de crescimento. Conclui, que as intervenções destinadas a obter um bom incremento de peso materno durante a gravidez permitem prevenir a presença de indicadores de mau prognóstico neonatal. O peso menor que 45kg foi representada na amostra com o percentual de 16% (n= 04) das gestantes pesquisadas.

Quanto à ocorrência de aborto habitual, é conceituado como sendo a perda espontânea e consecutiva de 3 ou mais gestações clínicas antes da 20^a – 22^a semana ou, para outros autores, antes da viabilidade fetal. É também chamado de recorrente, recidivante, seqüencial, múltiplo ou de repetição o que já define sua presença na história obstétrica de qualquer gestante como fator de risco. Quanto à sua classificação cronológica, o aborto habitual pode ser precoce, quando ocorre até a 12^a semana, ou tardio, quando ocorre entre a 13^a semana e a 22^a semana de gestação. Stray – Pederson (1984 apud SALOMÃO, 1997) relata que a frequência dos dois tipos é, respectivamente, de 64 e 36. Das 25 gestantes pesquisadas, 03 tinham história de aborto habitual.

Sobre a utilização abusiva de drogas Fox (1994 apud ABUSO..., 2003) estudou os efeitos do uso de cocaína durante a gravidez e encontrou como principais conseqüências anomalias congênitas, retardo de crescimento intra-uterino, placenta prévia, baixo peso ao nascer, morte neonatal e síndrome da morte súbita infantil. Pelo lado dos danos ao organismo materno, estabeleceu como potenciais complicações à pré-eclâmpsia, o edema pulmonar agudo, as convulsões, as arritmias cardíacas e a morte súbita. Ainda segundo a mesma fonte Martinez (1996 apud ABUSO ..., 2003) analisando o impacto do uso recente de cocaína sobre a gestação, comprovada por exame toxicológico da urina, detectaram uma ocorrência mais freqüente de óbito fetal, correspondendo a 18% no grupo com toxicologia positiva contra 0% no grupo com toxicologia negativa. Sprauve et al (1997 apud ABUSO ..., 2003). estudando o consumo de crack e cocaína em gestantes, chegou aos seguintes resultados:

- a. baixo peso ao nascer: 31,3% em filhos de mães usuárias de drogas contra 14,9% em filhos de mães não-usuárias.
- b. retardo de crescimento intra-uterino: 29% contra 13%.
- c. Prematuridade: 28,2% contra 17,1%.

Obviamente, a gênese de tais distúrbios não pode ser atribuída unicamente ao efeito primário da cocaína. Outros fatores podem estar envolvidos. Os usuários de drogas mantêm, em geral, hábitos de vida pouco saudáveis, fato que seguramente contribui para a ocorrência de tais distúrbios. Torna-se difícil isolar o papel específico desempenhado pela substância daquele que é responsabilidade dos fatores ambientais. Além disso, como afirma Pythress (1995 apud ABUSO..., 2003) o uso associado de outras drogas como a maconha, o álcool e o tabaco podem ser responsabilizados por boa parte dessas complicações .

Com relação à presença de fatores de risco a maioria das gestantes apresentava pelo menos 1 deles enquanto 1/3 da amostra era portadora de 3 a 4 fatores, como demonstra o gráfico 3.

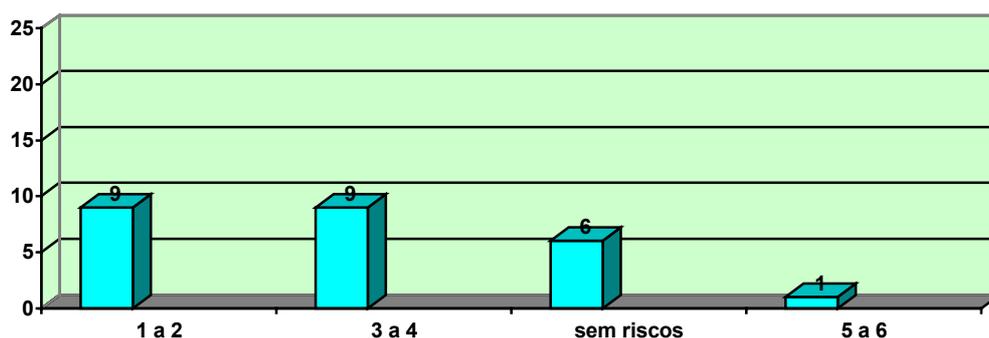


Gráfico 3 : Distribuição das gestantes, segundo a frequência dos fatores de riscos. Recife, 2003.

É possível concluir que as gestantes em questão têm uma alta probabilidade de sofrer danos à saúde, podendo desencadear complicações no período gestacional, no parto e no puerpério tendo em vista a presença de fatores de risco abrangendo a grande maioria delas e que parcela significativa das mesmas possui fatores múltiplos de risco o que exige redobrada monitoração durante o pré-natal.

5.2.2 Experiência anterior de realização do pré-natal

Das 25 gestantes cujas consultas foram observadas na pesquisa, 14 eram multigestas e dessas, apenas 03 não tinham realizado pré – natal anteriormente.

Sabe-se que é do conhecimento, a importância do pré-natal está no acompanhamento da saúde da mulher e do feto, através do qual pode-se diagnosticar o mais precocemente possível os fatores que poderiam levar ao comprometimento da gravidez, por este motivo torna-se imprescindível de iniciar a consulta pré-natal ainda no começo do 1º trimestre.

Muitas das causas da mortalidade materna e da mortalidade perinatal estão relacionadas diretamente a não identificação, durante o pré-natal, de condições que

poderão afetar a saúde da mulher e do concepto. Todas as condições que poderiam ser controladas, quando não identificadas, podem determinar prematuridade, baixo peso, dificuldades na condução do trabalho de parto, quadros que definirão situação de risco e que terminam por levar à mortalidade materna e perinatal (SILVA, 1997 apud RECIFE, 2002).

No Brasil, um número considerável de mulheres atravessa o período gestacional com nenhum ou limitado acompanhamento pré-natal. A cobertura dos serviços varia de acordo com as regiões, chegando a atingir 93% das gestantes na Região Sul e 74% no Nordeste (ROUQUAYROL, 1999 apud RECIFE, 2002).

Com relação aos dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) , no Brasil a cobertura do cuidado pré-natal fica em torno de 86%, enquanto no estado de Pernambuco num total de 151.536 partos, 14.4% das gestantes estão sem atendimentos no pré-natal (ASSISTÊNCIA ..., 2003).

Segundo os dados do SIAB, referente aos meses de outubro 2002 a maio de 2003 , das unidades de saúde pesquisadas, observa-se que das gestantes que foram acompanhadas pelo Agente Comunitário de Saúde, 95.66% realizaram consulta pré – natal no período estudado e 69% das gestantes iniciaram o pré-natal no 1º bn trimestre.

Além destes indicadores quantitativos, é importante estar atento à qualidade do pré-natal, o que implica em avaliar a forma como as consultas estão sendo realizadas pelos profissionais de saúde.

O estudo dos coeficientes e taxas de mortalidade materna , indicadores capazes de refletir a qualidade da assistência prestada às mulheres no período gravídico-puerperal, revela que no Brasil 90% destas mortes acham –se relacionadas à má qualidade da assistência.

No Recife, dentre os 10.135 nascimentos ocorridos em cinco das suas maternidades, no período de 6 meses, morreram 282 neonatos, sendo que 240 (85%) destas mortes poderiam ser evitadas, dentro de um contexto de boa

assistência ao pré-natal e ao parto (COUTINHO, 1996 apud BATISTA FILHO; LINS E SILVA; SOUZA, 2000).

5.2.3 Síntese acerca dos fatores de risco

Verifica-se que as gestantes pesquisadas são, em sua maioria, multigestas, apresentando a maioria delas, 2 ou mais fatores de risco, constituídos principalmente pela própria multiparidade, pelo intervalo interpartal e pela idade abaixo de 17 anos.

Significativa proporção das multigestas tinha história de realização do pré-natal nas gestações anteriores. O confronto desta informação com a expressiva presença de risco na amostra pesquisada levanta o questionamento acerca da eficácia do pré-natal que realizaram.

Por conta dessa vulnerabilidade aumentada da mulher no período gravídico, torna-se essencial mudar o perfil epidemiológico da saúde da mulher através da melhoria da assistência ao pré-natal e ao parto. Um conjunto de procedimentos clínicos e educativos deve identificar e monitorar, de forma ágil e eficaz, as situações de risco para o binômio mãe /filho, assegurando condições para uma evolução normal da gravidez e seu desenlace: parto, puerpério e lactação (HERMAN, 1995 apud BATISTA FILHO; LINS E SILVA; SOUZA, 2000).

Isto implica, normativamente, procedimentos que devem assegurar a cobertura e a qualidade da assistência, tais como frequência ao pré-natal número de visitas, início precoce das consultas, vacinação e tipo de profissional encarregado da assistência (FELICIANO, 1998; SOCIEDADE CIVIL DO BEM – ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997 apud BATISTA FILHO; LINS E SILVA; SOUZA, 2000).

5.3 GESTAÇÃO ATUAL

5.3.1 Estado Nutricional obtido mediante o IMC pré-gestacional

Das 25 gestantes incluídas na pesquisa, nenhuma delas tinha os dados de peso pré-gestacional e de estatura registrados no prontuário o que significa dizer que as informações básicas para o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC) não se achavam disponíveis na Unidade.

Foi possível obter estas informações de 4 das gestantes buscando-as no próprio cartão da gestante. A partir desta fonte verificou-se que 3 delas apresentavam um IMC compatível com baixo peso e 1 com sobrepeso.

Concluí-se que a análise deste pequeno percentual de casos já demonstra a presença de desvios do estado nutricional a serem acompanhados com especial atenção bem como o prejuízo decorrente da falta de melhor registro destes dados.

5.3.2 Níveis de Pressão Arterial

Das 25 gestantes atendidas no pré-natal, 10 não tinham registro da pressão arterial em nenhum local do prontuário. Quanto às demais, todas se mostraram normotensas.

A pressão arterial é um parâmetro que deve ser aferido em todas as consultas de pré-natal com o objetivo de diagnosticar o mais precocemente possível a hipertensão induzida na gravidez (HIG), primeira causa de óbito materno na cidade de Recife, correspondendo a 23% do total de óbitos maternos (ALBUQUERQUE , 1994 apud BATISTA FILHO; LINS E SILVA; SOUZA, 2000).

5.3.3 Pesquisa de Condições e Doenças Intercorrentes na Gestação

Com relação aos exames laboratoriais de rotina no pré-natal de baixo risco, deve ser dito que todas as gestantes, excetuando as de primeira consulta, ocasião em que os mesmos são solicitados, já tinham seus pedidos de exames feitos, embora mais de ¼ delas só tivessem os resultados dos exames disponíveis por ocasião da 3ª. consulta.

Verifica-se que este retardo deve-se à demora do Laboratório Central do Município no envio dos resultados para as unidades de saúde, sendo os exames de HIV aqueles que contam com maior retardo na entrega dos resultados.

Quadro 2 - Distribuição dos resultados dos exames solicitados segundo o tipo e alterações detectadas. Recife, 2003.

Tipo de Exame	Número de resultados	Número de exames com alteração detectada	Alterações encontradas
VDRL	14	-	-
Sumário de Urina	14	3	Infecção Urinária
Glicemia	11	-	-
Hemoglobina/ Hematócrito	15	8	Anemia
Tipagem Sanguínea	13	-	-
Parasitológico de Fezes	6	1	Amebíase
HIV	2	-	-

Como se observa no quadro 2, a presença de patologias intercorrentes da gravidez, segundo os exames de rotina do pré-natal, diz respeito à presença de anemia em significativo número de gestantes além de infecção urinária e de parasitose intestinal.

Neste caso, é importante assinalar que o exame parasitológico de fezes não faz parte da rotina do pré-natal e, quando solicitado, restringe-se a uma única amostra examinada.

Dos medicamentos de escolha para tratamento das parasitoses intestinais, em especial, alguns têm causado polêmica quanto ao seu uso durante a gravidez. São eles o metronidazol e o mebendazol, ambos pertencentes à classe dos nitroimidazólicos podendo provocar efeitos teratogênicos no feto. Por esse motivo, a maioria dos autores não recomenda sua prescrição (AMATO NETO; MOTA, 1997).

5.3.4 Idade Gestacional e número de consultas

Podemos observar que não existe a devida correspondência há uma diferença significativa entre o trimestre gestacional e o número de consultas realizadas. As gestantes que se encontravam no 1º trimestre (n=4), haviam realizado de 1 a 3 consultas. Com relação às gestantes do 2º trimestre (n = 9), todas haviam passado por 1 a 3 consultas. Entretanto, das 12 gestantes que se encontravam no 3º trimestre, 2 tinham de 1 a 3 consultas, 07 de 4 a 6 consultas e 03 gestantes haviam realizado 7 ou mais consultas (tabela 6).

Tabela 05: Distribuição do número de consultas de pré-natal segundo o trimestre gestacional. Recife, 2003.

<i>Número de consultas</i>

Trimestre Gestacional	1 a 3	4 a 6	7 ou +	Total
1º	4	-	-	4
2º	9	-	-	9
3º	2	7	3	12
Total	15	7	3	25

A primeira consulta deve ocorrer o mais precocemente possível e pode ser realizada na unidade de saúde ou por meio da visita domiciliar. Nesta consulta, deve ser efetuado um plano de acompanhamento da gravidez, obedecendo-se a um intervalo entre as consultas de 4 semanas, até a 32ª semana de gravidez; de 02 semanas, da 32ª à 36ª semana e de uma semana após a 36ª semana (BRASIL,2000 a).

A franca desproporção entre o trimestre gestacional e o número de consultas de pré-natal levanta as seguintes possibilidades :

- Boa parte das gestantes inscritas no pré-natal não está realizando todas as consultas previstas ou
- Boa parte das gestantes está começando tardiamente o pré-natal.

A julgar pelos dados do SIAB, nenhuma das duas hipóteses seria verdadeira, haja vista que os percentuais de gestantes iniciando o pré-natal no primeiro trimestre é de 69% .

Segundo o PAISM, a mulher é considerada assistida no pré-natal quando comparece a um número mínimo de quatro a seis consultas durante a gravidez. À proporção de gestantes, em Recife, com 7 ou mais consulta de pré-natal ao longo da gestação, passou de 47.84% em 1996 para 50.61% em 2000, correspondendo a um aumento de 5.79%. O percentual de gestantes que não compareceu ao pré-natal caiu de 6.46% em 1996 para 3.95 em 2000, representando um declínio de 38.85% (RECIFE, 2002).

Deve ser assinalado que estes números correspondem ao período de implantação do PSF o que poderia atestar sua eficácia neste aspecto.

Com relação ao estado de Pernambuco 43.8% das gestantes apresentavam de 1 a 6 consultas de pré-natal e 41.9%, mais de 6 consultas (ASSISTÊNCIA..., 2003).

5.3.5 Síntese acerca das condições de saúde e do acompanhamento da gestação atual.

A avaliação do estado de saúde das gestantes fica prejudicada pelas deficiências já apontadas no que diz respeito à pesquisa e registro dos achados.

Mesmo assim, os dados existentes demonstram a presença de significativo comprometimento do estado nutricional, haja vista os valores de IMC pré-gestacional encontrado e os casos de anemia detectados a partir dos exames hematológicos.

Na pesquisa realizada por Nucci et al (2001) intitulado “Estado nutricional de gestantes: prevalência e desfechos associados à gravidez” , foi realizado uma coorte de 5.564 gestantes, com idade maior ou igual há 20 anos, com 20 a 28 semanas de gestação, atendidas no serviço de pré-natal geral do Sistema Único de Saúde em seis capitais brasileiras, entre 1991 e 1995, concluindo-se que as prevalências ajustadas para idade foram: magreza 5.7 %; pré-obesidade, 19.2% e obesidade, 5.5%. A obesidade foi mais freqüente em mulheres mais velhas, negras, com menor grau de escolaridade e multíparas. Mulheres obesas apresentaram risco maior para diabetes gestacional, macrossomia, distúrbios hipertensivos e menor risco para macrossomia.

Um estudo realizado com 80 gestantes, 40% da clientela encontrava-se anêmicas, 91,25% desenvolveu anemia leve e as demais, anemias moderadas. Tinham idade entre 13 e 21 anos (50%), renda entre 1 e 2 salários mínimos (38,75%) e 23% delas apresentava parasitose intestinal (PERFIL..., 2003).

Entende-se que as gestantes pesquisadas apresentam comprometimento no seu estado de saúde e isso é agravado pela falta de um acompanhamento sistemático das consultas de pré-natal .

5.4 A Consulta de Pré-Natal

O tempo das consultas variou de 8 a 38 minutos ficando a média em 24 minutos. Quando se analisa em separadas consultas de 1^a. vez e subseqüentes verifica-se que, no primeiro caso, o tempo máximo foi de 38 minutos e o mínimo de 20 sendo a média de 30 minutos. Para as consultas subseqüentes, o tempo máximo foi de 25 minutos e o mínimo de 15 estabelecendo-se uma média de 20 minutos.

Com base na norma do M S, que prevê uma produtividade de 12 consultas de pré-natal por cada turno de 4 horas de trabalho do profissional, os tempos médios gastos nas consultas estariam alongados. Esta situação poderia ser interpretada como benéfica para a gestante atendida.

No entanto, se for levado em consideração aspectos como a longa espera que um tempo exagerado de consulta provoca no atendimento como um todo, chega-se à conclusão que necessário se faz à utilização racional do tempo dispendido durante a consulta.

Por outro lado, a leitura dos procedimentos que especificam as diversas etapas e procedimentos constantes de uma consulta de enfermagem de pré-natal (anexo B), deixa claro que não podem ser desenvolvidas, a contento, consultas com tempos de duração inferior a 10 minutos, como foi verificado em alguns casos, ainda quando as usuárias sejam gestantes de baixo risco.

Nestes casos, entre os procedimentos negligenciados encontram-se normalmente as orientações nutricionais. Esta constatação não significa dizer que as consultas com maior tempo de duração privilegiem a orientação nutricional, como se pode perceber

na leitura de observações e trechos de diálogos travados entre gestantes e enfermeiras durante consultas de pré-natal.

- ✓ **OBSERVAÇÃO NO. 3** (gestante de 27 anos, 4^a. série do ensino fundamental, tempo de consulta de 15 minutos, 2^a. consulta, 5^a. gestação)

GEST. *Perdi peso por que não como. Estou com insônia, enxaqueca e falta de apetite.*

ENF. *Aliás, quem tem esse número não tira o boleto; vem direto pra mim. Deixe o documento aí, fácil. Está sentindo alguma coisa ?*

GEST. *Eu estava com 7 semanas e não sabia. Tive uma dor de cabeça e tomei aspirina e tive umas complicações. A dor de cabeça era muito forte.*

ENF. *Tomou o quê ?*

GEST. *Tomei paracetamol.*

ENF. *Muitas vezes a dor de cabeça vem por conta de alguma comida, má digestão. Você está com 12 semanas, certo ? . Mas, você marcou, já tirou o sangue ? Tem de vir em jejum. E a prevenção você veio fazer ?*

GEST. *Já e o meu parto vai ser pra maio do ano que vem ?*

ENF. *É. Você não pegou nem o sulfato ferroso nem o ácido fólico?*

GEST. *Não.*

ENF. *Não tentou ir à Policlínica, não ? Pronto, a vacina ... já está imunizada. S. M. S., vai voltar dia 20 de janeiro de 2003. Aqui está sua receita de paracetamol, mas só tome quando estiver com dor de cabeça e aqui o primeiro ultra-som que você vai fazer (entrega a requisição do exame).*

É importante assinalar que metade do tempo gasta na consulta foi utilizada para registro da mesma no Terminal de Atendimento do SUS. Observa-se que queixas importantes, como as perdas de peso referidas pela gestante e associada à inapetência não mereceram investigação por parte do profissional. Além disso, a constatação de que a gestante não estava fazendo uso do Sulfato Ferroso, que estava em falta na farmácia da USF, provocou apenas a pergunta da profissional quanto à procura da medicação na Policlínica sem facultar espaço para saber a resposta.

Às vezes, numa consulta de 26 minutos, da qual extraímos o trecho de diálogo a seguir, encontramos uma alusão ainda mais superficial e fugaz às questões nutricionais.

- ✓ **OBSERVAÇÃO NO. 22** (gestante de 21 anos, 5^a. série do ensino fundamental, tempo de consulta de 26 minutos, 1^a. consulta, 3^a. gestação)

ENF. *Está se alimentando ?*

GEST. *Sim.*

ENF. *Seu peso foi 68 quilos e a altura é 1 metro e 54. A pressão é de 10 por 6. Não sei a idade gestacional; fica difícil de avaliar o peso.*

A exigüidade de investigação e de orientação alimentar e nutricional não se justifica ainda que se trate de uma multípara. Nada comprova, afinal, já ter a gestante recebido informações prévias suficientes acerca dos cuidados necessários ao longo de um pré-natal.

Em outras consultas, como a que transcrevemos a seguir, é gasto um tempo maior, até mesmo porque a profissional se acha diante de uma gestante lacônica e se propõe a uma anamnese mais detalhada , à realização do exame físico , à checagem do cumprimento das prescrições feitas na consulta anterior e à explicação dos exames solicitados. Mesmo assim, a investigação alimentar e nutricional é negligenciada, como se vê.

- ✓ **OBSERVAÇÃO NO. 6** (gestante de 17 anos, 5^a. série do ensino fundamental, 23 minutos, 5^a. consulta, 1^a. gestação)

ENF. *Qual foi o exame que você não fez?*

GEST. *O do HIV.*

(Logo após este diálogo, a enfermeira examina a gestante)

ENF. (comentando a ausculta fetal e a medição da altura do fundo do útero) *Está ótimo; chega está galopando; trinta e três centímetros. Tu ainda chega até meados de janeiro. Você faz 40 semanas lá para o dia 16 de janeiro, então a gente pode dizer que está mais ou menos perto, pois tem aquela diferenzinha, não é ? Da*

data que a gente menstrua pra data que a gente engravida. A pressão está boa : 12 x 6 e a altura do bebê. Tu ficou de fazer o exame de HIV, não foi ? Eu passei ampicilina, pra você; não tomou não?

GEST. Não.

ENF. Por que não tomou a medicação? O peso é 60 Kg, está bom. Mas alguma queixa? O sulfato ferroso, quantos comprimidos tu tomaste?

GEST. Tomei duas cartelas.

ENF. Está se alimentando direitinho?

GEST. Estou.

ENF. A gente vai fazer o seguinte: vai ficar aguardando o resultado do exame que você fez do HIV. Ah! Você não fez. A gente vai ficar aguardando o resultado dele. Eu vou passar mais uma caixa do sulfato ferroso. 3 cartelas, por que aquela cartela só tem 10. Toma 01 comprimido ao dia, do mesmo jeito que vinha tomando, e a ultra-som eu vou pedir, mas só vai fazer em janeiro, até por que a gente está sem cota para agora... no final do mês... Eu quero saber por que não tomou a ampicilina. Não tinha aqui? Não veio pegar ?

GEST. Não tinha não.

ENF. Está com a receita em casa ... Traga, minha filha, você tem que tomar... Você tem que tomar para essas feridinhas... Eu pedi o enxoval?

GEST. Pediu.

ENF. Veja bem : como você é de menor a gente envia para o Distrito, peguei o nome do seu companheiro ?

GEST. Não.

ENF. Eu vou pegar agora ... aguarde que o Distrito manda pra gente.

Neste caso, parece evidente o compromisso do profissional com a qualidade da consulta, de modo que a falta de melhor condução do componente nutricional ao longo da mesma, deve-se à falta de capacitação adequada para tal.

Em algumas situações percebe-se uma atenção excessiva do profissional para o cumprimento do ritual normativo da consulta denotando uma certa ansiedade com a checagem de informações e parâmetros que ficam carecendo de melhor análise e de uma conduta pertinente.

- ✓ **OBSERVAÇÃO NO. 8** (gestante de 25 anos, 2^a. série do ensino médio, tempo de consulta de 25 minutos, 3^a. consulta, 2^a. gestação)

ENF. *Qual foi o exame que não chegou ? Por que aqui já está tudo colocado; os exames de rotina estão todos aqui; tá tudo direitinho ! Tomaste ampicilina? Sulfato Ferroso? Falta tomar o reforço da vacina. E aí ? Está sentindo alguma coisa? Tu sabes quando vai chegar o resultado de prevenção?*

GEST. *Era dia 10. Fui fazer na UR 1, mas não estava marcando; aí, eu não fiz.*

ENF. *Mas, está tudo direitinho, viu ? A pressão está boa, o bebê está bem. A barriga está grande, mas é mais gordurinha, que vem da barriga mesmo. Quer alguma coisa, R. ? Fez três meses, então a gente vai fazer o seguinte: na próxima consulta eu peço, por que a gente só pode pedir 02 ultra-som durante o período; mas, de qualquer maneira, na próxima eu peço. Já fiz teu encaminhamento. Qual a tua idade mesmo ? 25 anos. Tem cartão SUS?*

GEST. *Tenho.*

Ainda que a “gordurinha” não indicasse sobrepeso, perdeu-se a oportunidade de chamar a atenção da gestante para a importância de um acompanhamento mais efetivo deste parâmetro, inclusive com uma análise da curva ponderal, numa linguagem capaz de ser entendida por ela.

Quando, na consulta, parece haver interesse do profissional em estabelecer um acompanhamento do estado nutricional, os conteúdos são abordados de forma superficial e com uma rapidez que não permite um maior aprofundamento do assunto nem a definição de uma conduta clara, como pode ser visto no trecho a seguir .

Uma outra situação encontrada e que merece destaque é a intolerância do profissional frente aos hábitos alimentares das gestantes para atender às recomendações feitas. Em lugar de uma busca de opções alimentares ou de alternativas de preparo, capazes de suprir as carências verificadas, a conversa limita-se à prescrição de alguns alimentos e encerra-se com a advertência acerca dos problemas que o seu não-consumo podem provocar.

- ✓ **OBSERVAÇÃO NO. 13** (gestante de 28 anos, 7^a. série do ensino fundamental, tempo de consulta de 27 minutos, 4^a. consulta, 3^a. gestação)

ENF. *Ta tomando o Sulfato e o Ácido Fólico?*

GEST. *Estou.*

ENF. *Tem que tomar mais Sulfato Ferroso; a Hemoglobina ainda está em 10. Fez exame de sangue em outubro, tem que fazer outro para ver quanto ta a hemoglobina, para não precisar de transfusão. Está se alimentando direitinho?*

GEST. *Mais ou menos; acho que estou emagrecendo.*

ENF. *Não se alimenta bem ?*

GEST. *Como besteira.*

ENF. *Não pode! Não se alimenta ?*

GEST. *Estou tendo diarreia direto, tudo que como.*

ENF. *Consistente ou rala ?*

GEST. *Deste que eu tomei polivitaminas.*

ENF. *Tem que comer comida que prende: banana, maçã. Evitar laranja e mamão. Alimenta-se bem ?*

GEST. *Razoável.*

ENF. *Comer feijão, verdura e fígado. Ta muito descorada. Vai tomar o sulfato ferroso, mas tem que ter a suplementação alimentar que é importante.*

GEST. *Eu não gosto de fígado.*

ENF. *Tem que pensar em você e no bebê; senão, fica no hospital.*

A diarreia, seja por uma possível intolerância à utilização do ferro; seja produzida pela parasitose intestinal já detectada; seja pelas duas causas, atuando conjuntamente, mereceria melhor investigação. A orientação alimentar e medicamentosa precisaria ser mais detalhada. Experimentar a posologia de doses intercaladas da medicação, que já vem sendo utilizada há vários meses e alertar de que alimentos como a banana, ingeridos concomitantemente com alimentos ricos em ferro dificultam a absorção deste nutriente, são aspectos que deveriam ser cogitados nesta orientação. Considerando a persistência dos baixos níveis de hemoglobina dessa gestante certamente seria adequado que o profissional levasse o caso para discussão em reunião da equipe aventando a possibilidade de solicitação da dosagem de ferritina, por exemplo.

Em consultas nas quais o exame físico detalhado, com uma busca apurada de detecção dos sinais clínicos de doenças nutricionais, peca-se às vezes pela desatenção a aspectos da anamnese que requerem um aprofundamento maior, como pode ser verificado no trecho de diálogo transcrito a seguir.

✓ **OBSERVAÇÃO NO. 19** (gestante de 23 anos, 2^a. série do ensino médio, tempo de consulta de 32 minutos, 2^a. consulta, 1^a. gestação)

ENF. *Como está a alimentação ?*

GEST. *Estou bem; comendo demais.*

ENF. *Está tomando muita água?*

GEST. *Muita.*

ENF. *Feijão?*

GEST. *Como ... sabe aquela buchudinha que saiu daqui agora e disse que não comia nenhum tipo de verdura ? Eu disse: Meu Deus! Se eu estou comendo e ainda está acusando anemia, imagina ela que não come. Eu também não gosto muito de verdura; estou comendo por causa do menino.*

“Comer demais” pode não ser alimentar-se adequadamente. O assunto, como se vê, não recebeu maior atenção durante a consulta. Além disso, como já foi comentada, a dificuldade para a mudança de hábitos alimentares aqui reveladas poderia ser minimizada com a orientação acerca de preparos capazes de reduzir a aversão a certos alimentos.

Verifica-se, com freqüência, que a utilização de um maior tempo de consulta nunca está relacionado com uma ênfase maior nas orientações em geral, incluindo as nutricionais, mas sim com anotações, com o registro no Terminal de Atendimento SUS (TAS) e com explicações acerca de onde realizar os exames .

Em uma consulta de 38 minutos, 20 minutos foram dedicados às anotações. Apesar disso, é freqüente a falta de registro no prontuário, de informações fundamentais para o acompanhamento da gestante.

O que parece prevalecer na determinação do tempo da consulta é a maneira peculiar com que o profissional a conduz. Um dos tipos de profissional identificado foi aquele que utilizava muito tempo em suas consultas, independentemente de ser 1ª ou subsequente, estando esse tempo direcionado em grande parte para as anotações no prontuário.

Um outro padrão de consulta identificado foi aquele em que o profissional utilizava um tempo muito reduzido, denotando sempre extrema preocupação com o número de atendimentos que ainda tinha a realizar naquele turno. Solicitava ou transmitia informações ao mesmo tempo em que procedia às anotações. Não existia o “olho no olho”; as orientações eram repassadas como um ritual, não facultando espaço para escutar a gestante revelando-se dessa forma, pouco comunicativa. A consulta reproduzida a seguir ilustra esta situação.

- ✓ **OBSERVAÇÃO 04** (gestante de 16 anos, 2ª. série do ensino médio, tempo de consulta de 20 minutos, 2ª. consulta, 1ª. gestação)

ENF. *Você já tirou o sangue ?*

GEST. *Não.*

ENF. *Nem isso ?. Você conseguiu pegar os remédios lá na Policlínica ?*

GEST. *Tentei, mas, não tinha.*

ENF. *Vacina no dia 18 de janeiro.*

GEST. *Mas, eu tomei 02 vacinas.*

ENF. *Qual foi a que você tomou ?*

GEST. *Antitetânica.*

ENF. *Tomou nessa gravidez agora ?*

GEST. *Não, antes.*

ENF. *E quando você veio à primeira consulta você falou isso a mim ?*

GEST. *Não, por que eu não tinha certeza se tinha tomado.*

ENF. *Sim, mas isso aqui não é brincadeira. Quando a gente responde tem que ser com segurança, ta certo? E tomou essas vacinas por que?*

GEST. *Foi assim : minha cunhada disse que se já tivesse tomado aquela vacina do cartão não precisava tomar não.*

ENF. *Então você vai ter que trazer esse comprovante pra mim, tá certo? Na próxima consulta você traz. Aí eu vejo a necessidade de tomar mais ou não. Isso não é brincadeira, pois quando a gente pergunta, tem que dar muita segurança para responder. Aí você traz esse comprovante pra eu ver se está certo. O sulfato ferroso você conseguiu?*

GEST. *Não.*

O aborrecimento demonstrado pela profissional diante do esquecimento da gestante acerca da imunização antitetânica prévia, situação que já tenciona o diálogo, dificultou o estabelecimento de uma relação pedagógica de parceria. Por outro lado, a ausência de conteúdos de alimentação e nutrição durante a anamnese, além de se configurar em oportunidade educativa perdida, se constitui ainda numa experiência deseducativa, podendo ser percebida, por uma gestante de 16 anos e que faz seu primeiro pré-natal, como algo sem maior importância.

Um terceiro padrão de consulta é aquele no qual a profissional conversa com a gestante olhando para ela, articulando bem as palavras, esclarecendo sobre as dúvidas, fazendo orientações sobre diversos assuntos e estabelecendo um canal bidirecional de comunicação.

- ✓ **OBSERVAÇÃO 15** (gestante de 18 anos, 3^a. série do ensino médio, tempo de consulta de 25 minutos, 1^a. consulta, 1^a. gestação)

ENF. *(conferindo o resultado positivo do teste de gravidez). Você está grávida e vamos começar. Você planejou esse nenê ?*

GEST. *Não.*

ENF. *Quando você ganhar nenê à gente vai orientar pra você ter nenê quando quiser.*

(A enfermeira realiza o exame físico)

ENF. *Sente muita vontade de fazer xixi?*

GEST. *Vontade de comer muito pouco.*

ENF. *Coma em pouca quantidade, várias vezes ao dia; coma o que você sente vontade. Nessa fase, para os enjôos, use gelo; tome coisa gelada.*

(A enfermeira faz orientações sobre o pré-natal, grupo de gestantes, enxoval, programa do leite, aleitamento materno e parabeniza a gestante por iniciar cedo o pré-natal.)

ENF. *Qual o seu peso antes de engravidar e sua estatura?*

GEST. 47 quilos e 1,40m. A estatura eu não sei.

ENF. *Procure se alimentar bem, comer jerimum no feijão, fígado, couve, beterraba, feijão. Não comer muito doce nem massa e usar pouco sal. Tem que engordar 1kg por mês. No jantar, faz a sopa com verduras. Pode bater no liquidificador; aí você tem as vitaminas.*

(Prescreve Sulfato Ferroso e Ácido Fólico)

A premissa de que um menor nível de instrução do usuário deveria requerer maior tempo de consulta, o que se justificaria pela necessidade de maior tempo para o repasse de informações, não se confirmou (Gráfico 4). Pelo contrário, ficou demonstrado que as gestantes com menor nível de instrução foram exatamente aquelas que tiveram o menor tempo de consulta, independentemente de tratar-se de 1ª. consulta ou subsequente e da condição de serem primíparas ou não.

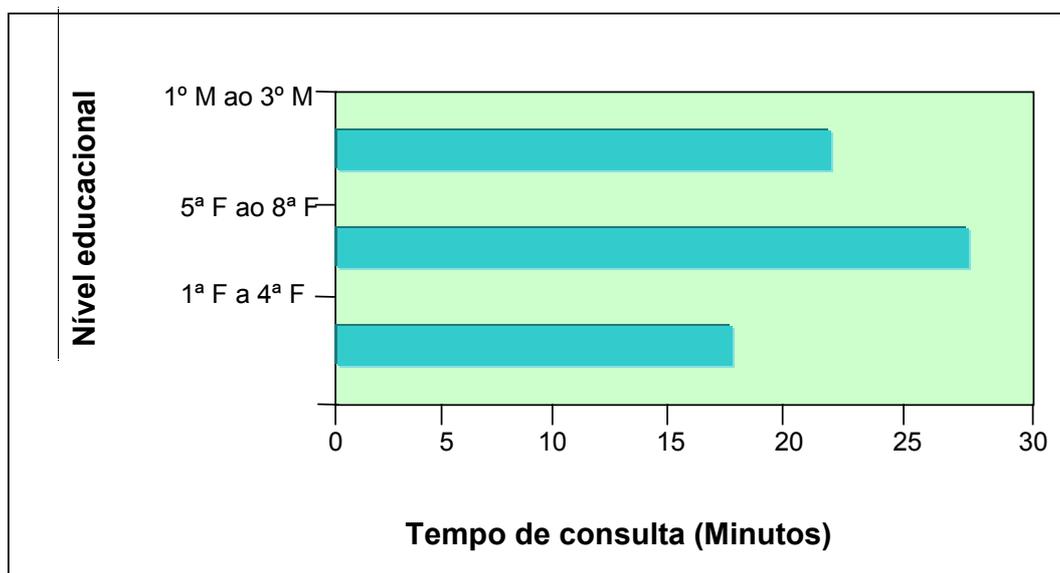


Gráfico 4 : Distribuição das gestantes segundo o nível de instrução e o tempo médio empregado na consulta. Recife, 2003.

Sabe-se que, durante as consultas do pré-natal, as enfermeiras deveriam direcionar as suas orientações, levando em consideração o grau de escolaridade ou o nível de entendimento sobre as questões que são abordadas durante a consulta. Entretanto, essa prática não foi verificada durante as observações das consultas que fizeram parte dessa pesquisa.

Além do conteúdo, a forma com que as orientações são repassadas pelo enfermeiro é um aspecto de fundamental importância para a compreensão por parte da gestante. Durante as observações, é possível perceber muitas vezes, que só a enfermeira falava, não deixando espaço para que a gestante pudesse se expressar.

Além disso, a escuta durante a consulta deve ser aberta, sem julgamentos e sem preconceitos, estabelecendo-se um diálogo franco, permitindo à mulher revelar sua intimidade com segurança, expressar suas dúvidas e necessidades, possibilitando, assim, o estabelecimento e o fortalecimento do vínculo profissional – cliente (ZOBOLI; MARTINS; FORTES, 2001).

Com frequência, a conversa é conduzida pelo profissional de forma autoritária, não raro com impaciência, atribuindo-se culpa à gestante pelas recomendações não seguidas e permitindo que ela dê apenas respostas curtas e extremamente objetivas. Como observamos anteriormente, nos relatos das consultas 03 e 04.

O que muitas vezes ocorre é a divergência de interesses entre trabalhador de saúde e o usuário, onde este busca a resolução de um problema que segundo sua ótica, considera importante enquanto o primeiro muitas vezes se mantém preso aos procedimentos, normas e rotinas do serviço. Nesse encontro das necessidades, a tolerância deve ter presença obrigatória, pois nem sempre a necessidade percebida pelo usuário é um problema segundo a ótica do trabalhador e / ou do serviço de saúde (ZOBOLI; MARTINS; FORTES, 2001).

Uma outra abordagem que não foi verificada de forma rotineira durante a realização das consultas foi o estímulo à participação da família durante o acompanhamento de pré-natal uma vez que, embora a gestante constitua o foco principal deste processo, não se pode deixar de atuar, também, junto aos companheiros e demais familiares.

No âmbito do atendimento individual, a Consulta de Enfermagem é um momento de encontro entre o indivíduo e o trabalhador de saúde, o qual se fundamenta, principalmente, sobre o eixo da queixa – conduta. Em outras palavras, o indivíduo que comparece ao atendimento o faz porque, de alguma forma, está “vivenciando” um processo de sofrimento, que se expressa, naquele momento, através de um sintoma ou sinal físico (ZOBOLI; MARTINS FORTES, 2001).

5.5 ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA CONSULTA PRÉ – NATAL

5.5.1 HÁBITOS ALIMENTARES

Das 25 gestantes pesquisadas, menos da metade (12) recebeu orientação sobre hábitos alimentares durante a consulta pré-natal, como mostra a tabela 06.

Tabela 06: Distribuição das gestantes pesquisadas de acordo com a orientação recebida na consulta pré-natal acerca dos hábitos alimentares. Recife, 2003.

ORIENTAÇÃO	N
Sim	12
Não	13
TOTAL	25

Em virtude da gravidez, ser um processo fisiológico, onde as modificações acontecem no sentido da manutenção do feto, ocorre um aumento nas necessidades nutricionais, a fim de suprir as demandas da mãe e do feto, além de proporcionar condições para a lactação (RUDGE, BEREZOWSKI, 1995).

A enfermeira deve questionar os hábitos alimentares da gestante e suas possíveis carências, a fim de evidenciar desvios nutricionais. Deve-se ter conhecimento sobre o seu nível socioeconômico, seus traços culturais, sua dinâmica familiar e até

mesmo sobre sua opção religiosa. Estas informações permitem o direcionamento das orientações levando-se em conta a realidade que ela vivencia.

Segundo Accioly (1999), em trabalho intitulado “Avaliação do estado nutricional de vitamina A em gestantes assistidas em maternidades da rede pública no município do Rio de Janeiro” foi constatada tendência a menores valores de retinol sérico entre gestantes que não receberam orientação nutricional no pré-natal, assim como entre aquelas que apresentaram conhecimento insatisfatório sobre nutrição. Foi também observada associação estatisticamente significativa entre o conhecimento sobre nutrição e orientação alimentar e entre o conhecimento sobre nutrição e a alteração alimentar na gestação, o que reforça a importância da universalização do cuidado nutricional pré-natal.

Por esta razão, recomenda-se que se reserve “lugar de destaque” a ações de educação em alimentação e nutrição, que possam alcançar de modo eficaz todos os estratos econômicos da população (MONTEIRO, 1995 apud BOOG, 1999).

Entre os requisitos para se promover uma alimentação equilibrada encontra-se, naturalmente, o conhecimento a respeito dos grupos de alimentos que devem estar presentes em cada refeição, como se acha ilustrado na figura abaixo (GESTAÇÃO ..., 2003).

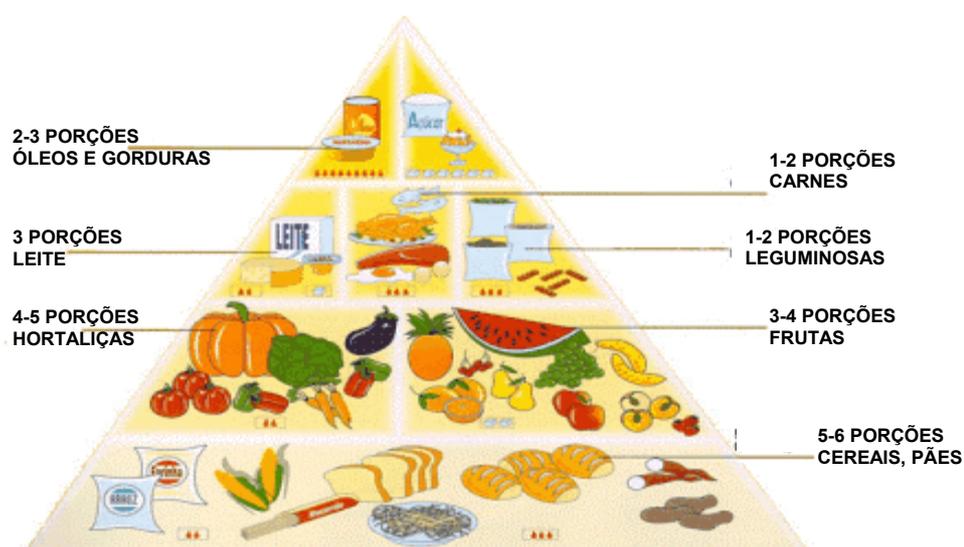


Figura 1- Pirâmide dos alimentos

A análise das orientações sobre hábitos alimentares segundo sua adequação às condições clínicas da gravidez (Gráfico 5), revelou que 16% (n=4) das gestantes pesquisadas receberam orientação adequada ao seu peso e idade gestacional. Já no que tange às queixas, 40% (n=10) das gestantes receberam orientação adequada ao passo que, 7 não tiveram. No que diz respeito as 8 restantes permaneceu a dúvida pelo fato de não ter a enfermeira indagado, sobre possíveis queixas. A compatibilidade entre as orientações alimentares ministradas e os resultados dos exames pode ser avaliada comparando-se o número de orientações adequadas, 33.33% (n=5) e o total de gestantes com exames feitos (n=15). Por outro lado, 88% (n=22) das gestantes tiveram uma orientação alimentar adequada ao quadro clínico apresentado pela mesma.

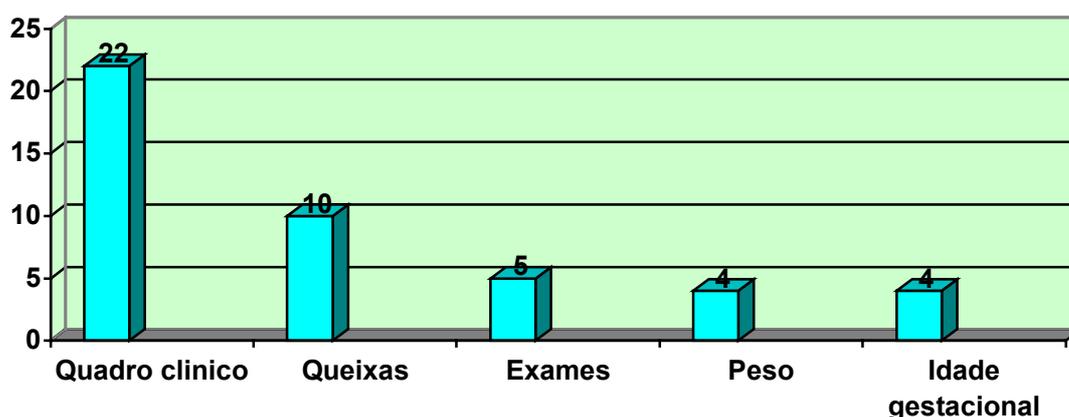


Gráfico 5: Distribuição das consultas segundo a adequação das orientações sobre hábitos alimentares. Recife, 2003.

Durante os 09 meses de gestação, as mulheres passam por vários desconfortos e queixas que são peculiares ao trimestre gestacional. Resultantes das modificações que acontecem no seu organismo durante a gravidez (BRASIL, 2000 a, BURROUGHS, 1995; REZENDE, 1995; RUDGE, BEREZOWSK, 1995).

Tais desconfortos podem ter como etiologia fatores de ordem biológica, hormonal, psicológica e mecânica e são evitados, solucionados ou minimizados de maneira simples, através de orientações relativas ao auto cuidado e aos hábitos alimentares.

Estas orientações devem ser compatíveis com a idade gestacional, o quadro clínico, os exames, as queixas e o peso da gestante, entre outras variáveis consideradas importantes para o direcionamento da orientação nutricional.

Na avaliação de Quadro Clínico, a anamnese é de suma importância para diagnóstico e planejamento da assistência, no que diz respeito as necessidades da gestante. De acordo com o presente estudo, usamos como parâmetros, no que se refere aos sinais clínicos, a presença de edemas e os níveis tensionais, entendendo que sua frequência e facilidade de mensuração os colocam na condição de traçadores.

Quanto aos sintomas comuns a cada trimestre gestacional os mais frequentes são:

- ✓ 1º trimestre: sialorréia, náuseas e vômitos, aversão a alimentos, pica ou malícia, tonturas, sonolência, oscilação do humor, entre outros.

2º trimestre e 3º trimestre: pirose, flatulência, obstipação, aumento da frequência urinária, hemorróidas, falta de ar, cólicas e dor abdominal, dor nas mamas, dor nas costas, varizes, sangramento nas gengivas, as náuseas, os vômitos e as tonturas, condições mais frequentes no início da gestação. São referidas também azia, sialorréia, fraqueza, desmaios, flatulência, obstipação intestinal, hemorróidas, queixas urinárias, câimbras e cefaléia ((BRASIL, 2000 a, BURROUGHS, 1995; REZENDE, 1995; RUDGE, BEREZOWSK, 1995)).

No que diz respeito aos exames laboratoriais, de acordo com o Manual de Assistência do Pré-Natal de Baixo Risco, os exames laboratoriais que fazem parte da rotina na consulta pré – natal são os seguintes: dosagem de hematócrito e hemoglobina, sumário de urina, glicose em jejum, VDRL, tipagem sanguínea e sorologia para HIV (BRASIL, 2000 a).

A dosagem de hemoglobina e hematócrito permite detectar a presença da anemia para a qual a gestante deverá ter orientações específicas quanto ao aumento do consumo de ferro na alimentação e quanto à ingestão do ferro medicamentoso.

Com relação ao sumário de urina, deve-se observar a densidade, o PH e a presença de piócitos, a fim de diagnosticar possível infecção do trato urinário. O aumento da ingestão de água ajuda na prevenção desta condição patológica assim como de outras complicações.

A partir da dosagem da glicemia em jejum, temos subsídios para detectar a Diabetes Mellitus, condição que uma vez presente, implica na adoção de cuidados nutricionais específicos durante a gravidez..

Quanto aos parâmetros antropométricos, observa-se que o baixo peso durante a gravidez ainda se constitui problema de Saúde Pública no Brasil, figurando a desnutrição como uma “doença social”, que vai repercutir na formação e desenvolvimento do feto. Ainda assim, identificamos apenas 16% das gestantes (n=4) que obtiveram orientação adequada com relação ao seu peso.

Dependendo do trimestre gestacional no qual a gestante se encontra, existem diferenças no ganho ponderal. A gestante deve ganhar 2300 gramas durante o 1º trimestre e 500 gramas semanais no 2º e 3º trimestre, se o IMC estiver abaixo de 19.8, o que corresponde a baixo peso. Para gestantes com valores de IMC entre 19.8 – 26.0, faixa que corresponde a peso adequado, o ganho deve ser de 1600 gramas no 1º trimestre e 400 gramas semanal no 2º e 3º trimestre. Finalmente, para gestantes com valores de IMC acima de 29.0, que corresponde à obesidade, o ganho semanal deverá ser de apenas 300 gramas no 2º e 3º trimestre (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1995 apud ARRUDA; FREITAS, 2002).

Boog (1999) constata a necessidade de investir na prevenção, controlando os fatores de risco, entre eles a alimentação inadequada, pois as enfermidades estão relacionadas não só à quantidade de alimentos ingeridos como também à inadequação qualitativa da dieta que predispõe a diversas doenças, independente do ganho de peso.

Vejamos agora, algumas falas que mostram a maneira pela qual, as enfermeiras trabalham questões envolvendo os hábitos alimentares durante a consulta pré-natal.

- ✓ **OBSERVAÇÃO NO. 5** (gestante de 14 anos, 4^a. série do ensino fundamental, 3^o trimestre da gravidez, 5^a. consulta, 2^a. gestação)

ENF. *Peso ?*

GEST. *53 kg.*

ENF. *Você deve estar comendo massa, fritura. Aumentou 03 quilos do outro mês pra cá. Não pode não. Tem que aumentar 500 gramas por mês e você aumentou 03 quilos. Tem que ter cuidado, pois gestante não pode aumentar muito o peso não. Não pode abusar do macarrão, pão, doce, fritura... Tudo que engorda tem que diminuir.*

Na verdade, a recomendação do Ministério da Saúde é de que o ganho de peso no 3^o trimestre gestacional deve ser de 1.200 e não de 500 gramas/mês. Equívocos acerca do ganho ponderal não são raros, como pode ser visto a seguir.

- ✓ **OBSERVAÇÃO NO. 14** (gestante de 16 anos, 8^a série do ensino fundamental, 3^o trimestre da gravidez, 7^a. consulta, 1^a. gestação)

ENF. *Procure se alimentar bem, tomar suco de acerola, mesmo quando o neném nascer. E o xixi ?*

GEST. *Está meio escuro.*

ENF. *Então você deve tomar mais água, agora que tá quente tem que beber mais água. Vou manter a mesma medicação da semana passada.*

GEST. *Aumentei quase 2 kg em 01 semana.*

ENF. *É mesmo. Coma feijão que é sustância, pra ter força e colocar para fora. Comer pouco várias vezes, mais frutas e mais verduras.*

A profissional constata o peso, que se mostra excessivo para esse trimestre da gestação e não alerta para o risco deste achado nem dedica a ele nenhuma orientação específica. Em alguns casos o profissional indica o que não deve fazer parte da dieta mas não orienta sobre o que é adequado e necessário comer.

Em certas consultas, queixas clínicas comuns na gravidez e que podem ser controladas mediante orientações alimentares simples, deixam de ser consideradas

e atendidas, como se observa neste trecho de diálogo onde a gestante acusa obstipação intestinal.

✓ **OBSERVAÇÃO NO. 1º** (gestante de 16 anos, 7ª série do ensino fundamental, 2º trimestre da gravidez, 1ª. consulta, 1ª.gestação)

ENF. *Come direitinho ?*

GEST. *Como direitinho, só que para fazer coco passo mais de 02 dias, às vezes passo uma semana.*

ENF. *Incomoda um pouquinho, né ?*

GEST. *É.*

Em certas consultas, o modo como o profissional conduz a conversa parece revelar flagrante despreparo para lidar com o reflexo, na saúde, da problemática social, como pode se constatar nesta troca de palavras com uma gestante que fala do seu projeto de dar a criança por não ter condições e que os demais filhos já vivem numa creche.

✓ **OBSERVAÇÃO NO. 21** (GESTANTE de 25 anos, 2a. série do ensino médio, 2º trimestre da gravidez, 1ª. consulta, 6º filho)

ENF. *Come feijão ?*

GEST. *Arroz e batata.*

ENF. *Não come feijão por que não gosta ?*

(A gestante fica calada e a enfermeira muda de assunto).

5.5.2 Síntese das orientações sobre hábitos alimentares

Foi identificado que das 25 gestantes atendidas nas consultas de pré-natal, a metade obteve alguma orientação sobre hábitos alimentares. Tal orientação não manteve relação com o nível socioeconômico nem com a escolaridade das gestantes, variáveis essenciais a serem consideradas para um bom aproveitamento das orientações.

Sabe-se que é de suma importância direcionar as orientações dos hábitos alimentares de acordo com os desconfortos que a gestante apresenta a cada trimestre gestacional, com os resultados de exames e com o peso no momento da consulta. Contudo, não foi observado nenhum esforço de adequação da orientação ministrada àqueles fatores.

5.5.3 Uso do sulfato ferroso

Das gestantes que realizaram pré-natal, mais da metade (n= 18 gestantes) tiveram orientações quanto ao uso do ferro medicamentoso.

A análise das orientações sobre o uso do sulfato ferroso, segundo sua adequação às condições de melhor aproveitamento da medicação revelou que 11 daquelas 18 gestantes não receberam orientação adequada no que diz respeito à dose, horário, associação de outros alimentos e o período de tratamento (Gráfico 5).

Com relação à dose e ao horário da medicação, apenas 6 receberam orientação adequada ao passo que uma delas não teve registrado pela enfermeira estas variáveis.

No que diz respeito à associação de outros alimentos para melhor absorção do ferro e o período de uso do sulfato ferroso, 5 receberam orientação adequada e para as duas restantes faltou informação.

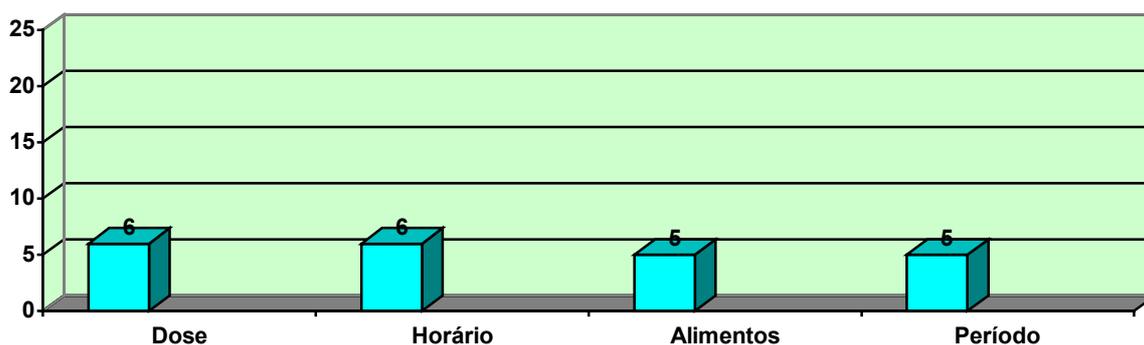


Gráfico 6. Proporção de gestantes integrantes da amostra que fizeram uso adequado do sulfato ferroso quanto à dose, horários de administração, alimentos associados e o período de tratamento. Recife, 2003.

As anemias nutricionais constituem as formas mais freqüentes de anemia durante a gestação, resultando da deficiência de ferro, de ácido fólico ou, mais raramente, de vitamina B 12. As causas mais freqüentes são dieta inadequada, doenças e infestações recorrentes, além de fatores obstétricos, como a multiparidade e o intervalo interpartal curto. O Centro de Atenção à Mulher do IMIP, ainda orienta para sua clientela, constituída de gestantes de baixo nível socioeconômico e com elevada prevalência de anemia, a suplementação sistemática de um comprimido de sulfato ferroso a partir da 16ª semana de gravidez (INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO, 1998 a).

Segundo o M S em Brasil, (2000 a), no entanto os valores de hemoglobina iguais ou superiores a 11 g revelam ausência de anemia e nestes casos a suplementação de ferro deve se dar a partir da 20ª semana com 01 drágea de sulfato ferroso ao dia (300 mg), o que corresponde a 60 mg de ferro elementar, recomendando-se que a ingestão se faça 30 minutos antes das refeições.

Segundo Burroughs (1995), a mãe deve transferir para o feto, aproximadamente, 300 mg de ferro, durante a gestação. O feto necessita estocar um suprimento de ferro para 5-6 meses, no seu fígado. A placenta, por sua vez, necessita de 70 mg de ferro e para a formação de hemoglobina são necessários 500 mg, que é resultado do aumento dos glóbulos vermelhos, associado com o aumento do volume sanguíneo. O ferro suplementar (30-60 mg, correspondendo a 150-300mg de sulfato ferroso) é recomendado porque o ferro é pouco absorvido. As fontes naturais este

micronutriente são: ovo, vagem, carne de gado, marisco, feijão, coração, rim de gado, beterraba, verdura, lentilha, fígado, camarão e ostra.

De acordo com pesquisa intitulada “Atenção à saúde materno – infantil no Estado de Pernambuco” MS – IMIP – DN / UFPE – SES / PE no ano de 1999, de 46 gestantes da região metropolitana do Recife que realizaram exame para anemia, 36.9% eram portadoras dessa carência nutricional. Para 52.9% dessas gestantes foi recomendado sulfato ferroso; e destas 47.1%, foram aconselhadas a ingerir o sulfato ferroso associado à alimentação. A nenhuma delas foi recomendado alimentação rica em ferro. Nada permite supor que os resultados da presente pesquisa se constituem achados raros em nosso Estado (ATENÇÃO..., 2000).

Trabalho realizado no Peru para redução da anemia em gestantes, através de uma intervenção com base comunitária observado em Lourdes et al (1998) e que teve como objetivo avaliar o impacto de uma intervenção preventiva promocional, realizada em uma comunidade, para melhorar o conhecimento e o consumo de ferro em mulheres gestantes com anemia, observou-se um aumento desse elemento em 97% da amostra, através de ações de informação, educação e comunicação o que parece demonstrar o valor da orientação nutricional adequada.

Com relação ao uso do sulfato ferroso, as orientações repassadas pelas enfermeiras durante a consulta pré-natal não estão de acordo com o que é preconizado pelo Manual de Assistência ao Pré-natal de Baixo Risco, recomendado pelo Ministério da Saúde (Anexo C). Aspectos nos quais fica mais evidente o despreparo por parte das enfermeiras dizem respeito às doses e ao tempo de uso. Para tanto, observa-se algum relato de consultas.

✓ **OBSERVAÇÃO 01** (gestante de 29 anos, 2ª série do ensino médio, 4ª gestação, 1º trimestre, 1ª consulta, sem resultado de exames).

ENF. Você vai tomar um no almoço e outro no jantar pra evitar a anemia. Toda gestante já faz o tratamento, é uma profilaxia. O sulfato ferroso vai tomar 01 no almoço e 01 no jantar e o ácido fólico uma vez ao dia.

- ✓ **OBSERVAÇÃO 15** (gestante de 18 anos, 3ª série do ensino fundamental, 1º trimestre, 1ª gestação, 1ª consulta, sem resultado de exames)

ENF. *Vou passar as vitaminas, o sulfato ferroso por 30 dias, 01 comprimido antes do almoço e o ácido fólico também.*

A conduta no caso de uma gestante nesta etapa da gestação e que ainda não dispõe dos resultados de exames, deveria ser a de aguardar tais resultados ou, pelo menos, completar a 20ª semana gestacional para iniciar a suplementação com ferro numa dosagem correspondente a 01 drágea ao dia.

- ✓ **OBSERVAÇÃO 02** (gestante de 16 anos, 7ª série do ensino fundamental, 3º trimestre, 1ª gestação, 4ª consulta, resultado de Hb = 10.7 dl.)

ENF. *Tá com pouquinho de anemia, mas, já está tratando e a diabetes está tudo bem. Já está tomando o sulfato ferroso?*

GEST. *Já, só está faltando uma cartelinha. A senhora passou 60 e já tomei 50.*

ENF. *Continue usando o sulfato ferroso e o ácido fólico pode parar.*

As orientações do M S não incluem a introdução do ácido fólico. Quanto à posologia do sulfato ferroso, neste caso, deveria ser de 03 drágeas ao dia. Além disso, em se tratando de uma gestante que já faz uso de sulfato ferroso desde a 1ª consulta, deveria ter sua dosagem de hemoglobina repetida antes de ser prescrita a continuação do tratamento.

- ✓ **OBSERVAÇÃO 06** (gestante de 17 anos, 5ª série do ensino fundamental, 3º trimestre, 5ª consulta, 1ª gestação, resultado de Hb = 12.1 dl).

ENF. *Do sulfato ferroso, quantos comprimidos tu tomastes?*

GEST. *Tomei duas cartelas.*

ENF. *Está se alimentando direitinho?*

GEST. *Estou.*

ENF. *Eu vou passar uma caixinha do sulfato ferroso, 03 cartelas, por que aquela só tem 10. Vai tomar 01 comprimido ao dia do mesmo jeito que vinha tomando .*

(A gestante iniciou o uso do sulfato ferroso em 10.10.02 e até a data da consulta dia 11.12.02 continuava sendo prescrita a mesma medicação)

A gestante, como se observa, não apresenta anemia e, estando no 3º trimestre da gestação, deveria ter uma suplementação de ferro medicamentoso de 01 drágea ao dia por apenas 30 dias.

4.5.4 Síntese acerca da orientação para uso do sulfato ferroso

Das 25 gestantes, 08 apresentavam anemia no momento da consulta e 10 não dispunham ainda dos resultados de exames. De qualquer modo, observa-se uma incompatibilidade com relação ao número de gestantes que foram orientadas a fazer uso do sulfato ferroso (n=18) e aquelas que apresentavam anemia (n=08).

Durante as consultas, foi observado que as orientações quando ao uso do sulfato ferroso eram feitas sem levar em consideração os resultados de exames, contrariando assim as normas do Ministério da Saúde, no que diz respeito à dose, o intervalo e o tempo de uso.

Embora se perceba que os profissionais de saúde demonstraram, durante as consultas, atribuir importância à prevenção e tratamento da anemia, das 25 gestantes estudadas, 18 receberam orientação para usar o sulfato ferroso e mais da metade foi orientada de maneira inadequada.

Vários autores já demonstraram a importância do diagnóstico e tratamento da anemia porém neste, como em outros estudos, verifica-se a necessidade de capacitar profissionais de saúde que realizam pré-natais, a fim de conscientizá-los da importância do uso adequado do sulfato ferroso no tratamento da doença (BURROUGHS, 1995; NEME, 1997; RESENDE, 1992).

4.5.5 Monitoramento do estado nutricional mediante os registros feitos no prontuário e no cartão da gestante.

De acordo com os registros dos parâmetros anotados durante a consulta para avaliação do estado nutricional, observamos que das 25 gestantes atendidas no pré-natal, 24 tinham seu peso gestacional registrado e apenas 8 o seu peso pré-gestacional. A estatura foi anotada no cartão da gestante de 5 das usuárias pesquisadas. (Gráfico 6).

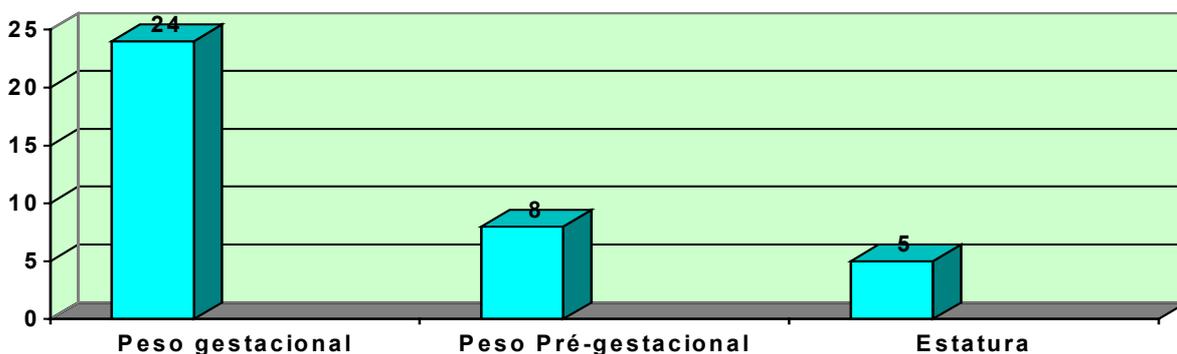


Gráfico 7. Distribuição das gestantes de acordo com o registro do peso gestacional, do peso pré-gestacional e da estatura. Recife, 2003.

Está normatizado que a medição da estatura da gestante é necessária na primeira consulta enquanto que nas subseqüentes é essencial a aferição do peso materno, de preferência sempre na mesma balança, com a paciente usando apenas bata (STITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO, 1998 b).

A avaliação do peso durante a gestação tem como objetivo identificar a gestante com déficit nutricional ou sobrepeso no início da gestação; detectar as gestantes com ganho de peso menor ou excessivo para a idade gestacional, em função do estado nutricional prévio; permitir a partir da identificação oportuna das gestantes de “risco”, orientação para as condutas adequadas a cada caso, visando melhorar o estado nutricional materno, suas condições para o parto e o peso do recém-nascido (BRASIL, 2000 b).

Segundo pesquisa já referida anteriormente, financiada pelos governos federal e estadual contando com a participação do IMIP e do departamento de Nutrição da UFPE, em 1999, de 1.134 gestantes que fizeram pré-natal, 74.2% tiveram seu peso avaliado na última visita ao posto mas apenas 31.1% tinham seu peso registrado no gráfico dos cartões, sendo verificado que este registro foi mais freqüente no Interior do Estado (56,3%) do que na Região Metropolitana (15,8%) (ATENÇÃO..., 2000).

Em pesquisa intitulada “Avaliação antropométrica do estado nutricional da gestante: visão retrospectiva e prospectiva” Coelho et al (2002) afirmam existir ainda consideráveis questionamentos sobre os métodos utilizados e até mesmo sobre os fundamentos conceituais que devem direcionar os estudos e pesquisas sobre a avaliação do estado nutricional.

Várias tentativas têm sido realizadas no sentido de se encontrar uma solução científica e operacionalmente satisfatória para a avaliação do estado nutricional. Nesse sentido têm sido centralizados a atenção e os esforços de muitos pesquisadores havendo considerável progresso nos últimos 40 anos (ARRUDA, 2002; COELHO et al, 2000).

Um grupo de especialistas do INCAP (1961 apud COELHO et al, 2002) construiu um modelo gráfico onde eram consideradas as diferenças de estatura materna e o aumento provável de peso em função da idade gestacional, que poderiam ser aceitos como limites superior e inferior de normalidade, classificando-se as posições das gestantes no gráfico como “peso insuficiente”, “peso normal” e “sobrepeso” (Coelho, 2002 cita INCAP, 1961).

Em 1985, partindo de vários estudos, foi construída a chamada Curva Ponderal da Gestante, conhecida como Curva de Rosso em homenagem ao seu autor, como instrumento de avaliação do peso gravídico e até hoje esse modelo continua sendo aplicado nos serviços públicos de saúde no país (COELHO, et al 2002).

Em 1997, Atalah et al (1997 apud COELHO et al, 2002) , desenvolveram um instrumento de avaliação nutricional da gestante baseado no IMC, objetivando, simultaneamente, minimizar os riscos nutricionais para a mãe e para o feto. A OMS

recomenda realizar a avaliação nutricional inicial pelo IMC pré-gestacional acompanhando-se a gestante através da tabela de peso / altura / semana gestacional (BRASIL, 2000 a).

O cartão da gestante oferecido pela Secretaria de Saúde do Recife, tem no verso o gráfico para acompanhar o estado nutricional da gestante através do ganho ponderal / idade gestacional (Anexo D).

Apesar de ser uma rotina do pré-natal que todas as gestantes tenham o seu estado nutricional avaliado pelo M S em Brasil (2000 a) em nosso estudo apenas 03 consultas tiveram o registro no gráfico do cartão da gestante, de acordo com a avaliação do normograma de Rosso.

As consultas da maioria das gestantes (n=22) estavam registradas no cartão da gestante . Este valor caiu para 19 quando se verificou o registro das mesmas no prontuário.

Realizar as anotações das consultas no prontuário e no cartão da gestante deve ser uma prática rotineira e obrigatória da enfermeira durante as consultas, pois os registros são de suma importância para o acompanhamento da gestante durante todo pré-natal e o parto.

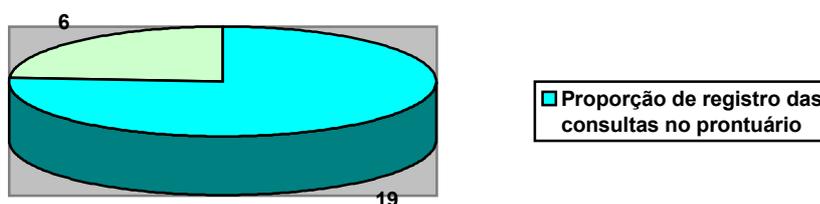
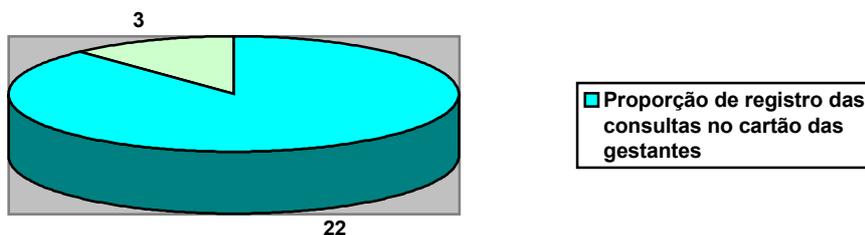


Gráfico 8. Percentual de preenchimentos dos dados, segundo o cartão da gestante e o prontuário. Recife, 2003.

Segundo pesquisa realizada em todo o estado de Pernambuco - MS – IMIP – DN UFPE – SES / PE no ano de 1999, cerca de 90% das gestantes possuíam o cartão da gestante e 85% delas o tinham apresentado no momento da consulta sendo verificado que apenas 50% deles continham a anotação dos exames laboratoriais de rotina realizados no pré-natal, verificando-se um percentual para o Interior do Estado 03 vezes menor do que aquele verificado para a Região Metropolitana do Recife (ATENÇÃO ..., 2000).

O cartão da gestante tem por finalidade o registro de todas as informações relevantes ao acompanhamento pré-natal e facilita o atendimento à gestante durante as consultas. Deve ser preenchido a cada consulta e os resultados dos exames não devem ser omitidos. (INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO, 1998 b).

Segundo a mesma pesquisa, a maioria das gestantes possuía prontuário (94.5%). Nelas foram observados os registros de alguns aspectos relacionados ao exame físico. A idade gestacional, o peso, a pressão arterial, a altura uterina e os batimentos cardio fetais estavam anotados em torno de 70% dos prontuários, com maior frequência na Região Metropolitana do Recife (RMR) em todos os aspectos (ATENÇÃO..., 2000).

4.5.6 Síntese acerca do monitoramento do estado nutricional mediante os registros feitos no prontuário e no cartão da gestante.

A proporção de prontuários e de cartões de gestante preenchidos é elevada embora não se possa admitir que ainda se encontrem fichas de gestantes inscritas no pré-natal sem o devido registro dos dados gerados nas consultas.

O problema maior desse preenchimento, no entanto, deve-se ao fato de que parâmetros importantes como o peso pré-gestacional e a estatura contam com considerável insuficiência de preenchimento no cartão da gestante e no próprio prontuário. Outros dados, como aqueles relacionados com a anamnese e o exame físico bem como os resultados de exames são melhores registrados.

Esta realidade demonstra que não se atribui relevância àquelas informações para o acompanhamento da gestação como um todo, função precípua do pré-natal o que inclui o monitoramento do estado nutricional.

É preciso lembrar que o adequado preenchimento das fichas utilizadas nos serviços de saúde assume importância significativa como fonte de dados para a avaliação da epidemiologia, da assistência e para a realização de estudos e pesquisas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O foco principal deste trabalho está dirigido para a identificação acerca da forma como o cuidado nutricional tem sido prestado dentro das consultas de enfermagem realizadas em unidades do Programa Saúde da Família.

Nesta perspectiva, observa-se consultas de pré-natal realizada por enfermeiras e examina-se os registros impressos dessas consultas procurando analisar o cuidado nutricional prestado, na qualidade de elemento considerado imprescindível pelos manuais de assistência ao pré-natal do Ministério da Saúde.

Partindo-se do pressuposto de que o cuidado nutricional é um pré-requisito básico para a manutenção de uma gravidez saudável e, portanto, as orientações que daí emanam representam um elemento de fundamental importância, no sentido de garantir uma consulta de pré-natal com padrão de qualidade aceitável. A observação empírica baseada na experiência do cotidiano profissional leva a uma série de questionamentos sobre a qualidade da assistência pré-natal como um todo e, em particular, ao cuidado nutricional nela presente.

Procura-se identificar, dentro da consulta de enfermagem do pré-natal :

- a realização sistemática da avaliação nutricional;
- a qualidade desta avaliação;
- a adequação das medidas tomadas às condições detectadas na avaliação;
- a presença sistemática da orientação nutricional entre as medidas tomadas;
- a pertinência técnico-científica dos conteúdos repassados;
- a adequação pedagógica do repasse das informações.

Evidencia-se que a assistência de enfermagem relacionada com os cuidados nutricionais durante o acompanhamento de pré-natal tem se mostrado inadequada de acordo com as necessidades apresentadas pelas gestantes.

A sistematização da assistência pré-natal, particularmente no que diz respeito aos cuidados nutricionais, exige além da participação comprometida do profissional, conhecimento e preparo para lidar com as questões que norteiam a avaliação e intervenção nutricional. O que se constata, na medida em que analisamos a maioria das consultas, é a ausência, insuficiência ou inadequação das orientações sobre hábitos alimentares e sobre o uso do sulfato ferroso, bem como da realização da investigação clínica e dos dados registros necessários ao monitoramento do estado nutricional.

Apesar da população estudada se achar enquadrada em um alto grau de risco psicossocial e biológico, a maioria dos cuidados observados e descritos não se mostraram direcionados para a realidade da gestante, no que diz respeito à inserção familiar e às condições de moradia, escolaridade e renda, entre outras.

Dentro desta perspectiva, é marcante a contradição entre as necessidades identificadas, as orientações prestadas e as medidas de intervenção adotadas. Tal contradição demonstra que orientações nutricionais precisam abranger não apenas a transmissão de conteúdos, mas a sua introdução dentro do cotidiano alimentar da gestante e da família.

O precário conhecimento técnico-científico dos profissionais com relação aos conteúdos repassados se constitui um outro fator relevante, sendo flagrante o seu despreparo e sua falta de conhecimento e de aplicação até mesmo das recomendações presentes nos manuais do M S, leitura básica obrigatória para todo integrante de uma ESF.

Quando avaliada a adequação pedagógica, observamos por parte dos profissionais a falta de manejo para trabalhar alguns aspectos da avaliação nutricional, dificultando a comunicação ou o entendimento sobre assuntos abordados durante a consulta, comprometendo o entendimento e portanto a adesão à conduta estabelecida.

Esta, sem dúvida, constitui-se numa considerável dificuldade: a de que o profissional trabalhe, no cotidiano de suas consultas de pré-natal, as questões que envolvem os

cuidados nutricionais. Tal dificuldade só poderá ser superada quando os profissionais reconhecerem que os seus conhecimentos acerca do problema precisam ser ampliados e as oportunidades de capacitação lhes forem oferecidas.

Fica, portanto, evidente a necessidade de melhor preparação do enfermeiro e da ESF como um todo para a orientação alimentar e nutricional às gestantes durante o pré-natal, uma vez que o êxito deste acompanhamento é resultado da atuação de todas as categorias profissionais envolvidas e de que nada faz supor que o conhecimento sobre o assunto e a qualidade do repasse destes conhecimentos por parte das demais categorias profissionais seja superior ao dos enfermeiros, grupo que foi objeto de observação nesta pesquisa.

Se bem que esta preparação deva ser fortalecida já durante os cursos de graduação, onde tais conteúdos são tratados de forma superficial e pouco abrangente, algumas outras oportunidades de suprir esta carência dos profissionais já graduados podem e devem ser aproveitadas e aqui nos referimos aos cursos obrigatórios ministrados para as equipes de PSF, como o Curso Introdutório, cumprido pelos integrantes das ESF antes de dar início às atividades do Programa e aqueles dirigidos a programas específicos como os Cursos de Saúde da Mulher e de Saúde da Criança.

Os cursos de especialização em PSF, que vêm sendo patrocinados com certa frequência pelas instâncias públicas federais, estaduais e municipais, mediante articulação com instituições acadêmicas, também precisam dedicar, nos seus currículos, uma carga horária mais extensa para a ministração destes conteúdos.

Como todas as atividades desenvolvidas pela ESF, a orientação alimentar e nutricional em particular e o cuidado nutricional da gestante, como um todo, necessita ser apoiada pelo trabalho de especialistas, encarregados de fornecer orientação e suporte técnico para as ações desenvolvidas dentro de uma perspectiva generalista. Neste sentido é que as equipes das Policlínicas atendem usuários referenciados pelas ESF, realizando consultas, exames e tratamentos especializados. Além desta instância de encaminhamento, em algumas especialidades, como é o caso da Saúde Mental, a equipe técnica desloca-se para

as Unidades prestando atendimento nas próprias USF fazendo, quando necessário, visita domiciliar a usuários selecionados pelas ESF. A ampliação dessas equipes de especialistas para a cobertura de um determinado número de equipes de saúde da família, incorporando, entre outros profissionais, o nutricionista, já vem sendo cogitada pelo Ministério da Saúde e sua implementação certamente elevará a qualidade da atenção básica à saúde.

Determinados problemas relacionados com a organização do atendimento das ESF atingem em cheio o grau de eficácia das ações relacionadas com o acompanhamento do estado alimentar e nutricional das gestantes necessitando, portanto, ser equacionados. Entre eles, acha-se o retardo na entrega de resultados dos exames, como o hemograma. A irregularidade da oferta de medicamentos, como o Sulfato Ferroso e o Ácido Fólico, por sua vez, dificultam a correção das carências detectadas.

Considerando que a adesão às recomendações alimentares por estas gestantes depende, em muitos casos, da disponibilidade financeira de aquisição dos alimentos, a demora do processo burocrático para inclusão das gestantes em programas sociais como a Bolsa Alimentação precisa ser superada tendo em vista que um elevado percentual das usuárias termina por receber o benefício vários meses após o parto quando já não se acham nem na condição de nutrízes.

Nesta linha de preocupação, a articulação do PSF com o Programa Fome Zero e com outras iniciativas de cunho social partidas de instituições públicas e privadas, deve ser buscada com o objetivo de aproximar as orientações e as intervenções, realizadas no pré-natal, da realidade vivida pelas gestantes.

Por outro lado, faz-se necessário um olhar mais atento das equipes de supervisão e de avaliação do PSF, voltado para a qualidade do trabalho realizado no pré-natal, particularmente naquilo que diz respeito à avaliação e acompanhamento do estado nutricional da gestante bem como à adequação das orientações e do tratamento efetuado no sentido de prevenir ou corrigir os desvios, o que não se verifica hoje.

Por fim, uma lacuna a ser preenchida no elenco de indicadores de atenção básica que compõem o SIAB, sistema que fornece um volume razoável de informações sobre o acompanhamento de pré-natal, diz respeito exatamente às informações sobre o estado nutricional da gestante.

REFERÊNCIAS

ABBATE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil: período de 1940 a 1964. **Rev. Nutrição**, Campinas, v. 1, n. 12, 1988.

ABUSO de drogas entre adolescentes grávidas. Disponível em: <<http://www.diganaoasdrogas.com.br/links.asp>>. Acesso em: 7 ago. 2003.

ACCIOLY, E. **Avaliação do estado nutricional da vitamina A em gestantes assistidas em maternidade da rede pública no município do Rio de Janeiro**. São Paulo: [s. n.], 1999.

AMATO NETO, Vicente; MOTTA, Eduardo Franco. Parasitoses. In: NEME, B. (Org.). **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvie, 1997. p. 322-329.

ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE et al. **Manual de enfermagem**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2001. p. 14-17.

ANUÁRIO 2001. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/index.cfm>>. Acesso em: 25 ago. 2003.

ARRUDA, Ilma; FREITAS, Clara. **Avaliação nutricional da gestante**. Recife: [s. n.], 2002. p. 23.

ASSISTÊNCIA pré-natal. Disponível em: <<http://www.unicef.org.br>>. Acesso em: 22 nov. 2003.

ATENÇÃO a Saúde Materno-Infantil no Estado de Pernambuco. Recife: MS;IMIP;UFPE;SES/PE;Bagaço, 2000. 123p.

BATISTA FILHO, M.; LINS E SILVA, S. L.; SOUZA, A. Assistência pré-natal no estado de Pernambuco: alguns resultados transversais. **Revista do IMIP**, Recife, v. 17, n. 2, p. 145, jul./dez. 2000.

_____. Assistência pré-natal: três abordagens e introdutórias ao tema. **Revista do IMIP**, Recife, v. 14, n. 1, p. 83-89, jun. 2000.

BOLSA Alimentação. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/alimentacao/cfm>>. Acesso em: 3 ago. 2002.

BOOG, M. C. F. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiras na abordagem de problemas alimentares. **Rev. Nutrição**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-272, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 18. ed. Atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 1998. 234 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral a saúde da mulher**. Brasília, DF, 1984. 27 p.

_____. **Assistência pré-natal**. Brasília, DF, 2000a. 65 p.

_____. **Cadernos de atenção básica: Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 1999.

_____. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília, DF, 2000b. p. 13-17.

_____. **Incentivo ao combate às carências nutricionais: manual de orientação**. Brasília, DF, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001b. p. 9-16.

BURROUGHS, Arlene. **Enfermagem Materna**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 89-100.

CADERNOS de atenção básica. Programa saúde da família. A implantação da unidade de saúde da família. [S. l.] : [s. n.] 1999.

CASTRO, I. R. R.; PEREIRA, G. S. Considerações sobre o plano de combate à fome e a miséria. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, 1993. Suplemento.

CAVAGNA NETO, Mário. Parto: fenômenos maternos. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvie, 1997. p. 121-124.

CHIESA, A. M.; VERRÍSSIMO, M. R. A educação em saúde na prática do PSF. In: INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE et al. **Manual de enfermagem**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2001 p. 34-42.

CIAMPONE, M. H. T.; PELUZZI, M. Planejamento Estratégico como instrumento de gestão e assistência. In: INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE et al. **Manual de enfermagem**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2001. p-23-28.

COELHO, Kênia et al. Avaliação Antropométrica do estado nutricional da gestante: visão retrospectiva e prospectiva. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**, Recife, v. 2, n.1, p. 57-61, jan./abr. 2002.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**. São Paulo: Atlas, 1985. 118 p.

DESIGUALDADE regional. Disponível em: <<http://www.ufrnet.br/~nscorpius/25desigualdade%20regional.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2003.

GALDINO, Cleide. Cresce número de mães adolescentes. **Diário de Pernambuco**, Recife, 6 jul. 2003. Saúde, p. 5.

GALEAZZI, M. A. M. **Segurança alimentar e cidadania**. São Paulo: Mercado das Letras, 1996. p. 63-81.

GESTAÇÃO saudável. Disponível em: <<http://www.hsc.org.br>>. Acesso em: 9 set. 2003.

GOMES, S. M. T. A. **Gravidez na adolescência**. Recife: [s. n.], 2000. 6 p.

GRAVIDEZ na adolescência. Disponível em: <<http://www.brazilpedneus.org.br/set2001/bnpar.101.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2003.

GRIFFITHS, A. et al. Relação entre o estado nutricional de mães adolescentes e o desenvolvimento neonatal. **Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 118, n. 6, p. 488-98, jun. 1995.

INFORMAÇÃO para tomada de decisão: resultado do PSF. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 22 ago. 2003.

INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO. Anemias. In: _____. **Obstetrícia, diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Medsi, 1998a. cap. 39, p. 429-432.

_____. Pré-Natal de baixo risco. In: _____. **Obstetrícia, diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Medsi, 1998b. cap. 2, p. 9-29.

LINARES, J. R. et al. Fatores de risco de saúde materno-infantil em mães adolescentes da Colômbia. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v. 4, n. 2, p. 80-86, 2002.

LOURDES, Elias et al. Reducción de la anemia em gestantes através de uma intervenção com base comunitaria. **Fac. Méd. Peru**, Lima, v. 59, n. 4, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1998. 268 p.

MONTEIRO, C. A. **Evolução do perfil nutricional da população brasileira**. São Paulo: [s.n.], 1995, 5 p.

NEME, B. (Org.). **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvie, 1997. 996 p.

NICHIATA, L. Y. I.; FRACOLLI, L. A. O sistema de informação de atenção básica – SIAB como um instrumento de trabalho da equipe no Programa Saúde da Família: a especificidade do enfermeiro. In: INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE et al. **Manual de enfermagem**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2001. p 29-33.

NUCCI, Luciana Bertoldi et al. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.6, p. 502-507, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Necessidades de energia e proteína**. São Paulo: Roca, 1998. p. 90-94. (Série de Relatos Técnicos, 724).

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998. Suplemento.

PERFIL das gestantes anêmicas. Disponível em: <<http://www.ufrnet.br/~scorpius/191-man%20anemia.htm>>. Acesso em: 1 out. 2003.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Crianças do Recife**: perfil de nascimento 1995 – 2000. Recife, 2002. p. 90.

REZENDE, Montenegro. **Obstetrícia fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1992. p. 73-80.

RIBEIRO, M. O. A saúde da família em situação de exclusão social. In: INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE et al. **Manual de enfermagem**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2001. p. 51-55.

RICHARDSON, R. J. et al. Análise de conteúdo. In: _____. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1985. cap. 14, p. 200.

RUDGE, M.; BEREZOWSKI, A.T. Adaptações do organismo materno à gravidez. In: NEME, B. (Org.). **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Sarvie, 1995. p. 31-37.

SALOMÃO, Antonio Jorge. Abortamento espontâneo. In: NEME, B. (Org.).

Ostetrícia básica. São Paulo: Sarvie, 1997. p.370.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Manual do sistema de informação de atenção básica**. Brasília, DF, 1998.

SOCIEDADE CIVIL DO BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Saúde da menor e da criança**: pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996 (PNDS/D4S). Rio de Janeiro, 1997. 182 p.

STEFANINI, M. L. R. et al. Avaliação do Programa de Nutrição em Saúde, no grupo de gestantes de sete municípios de São Paulo. **Rev. Nutrição**, Campinas, v. 1, n. 2, 1988.

TREVISAN, M.R. et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuários do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul.. **Rev. Bras. Ginec. Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 293-299. jun. 2002.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação Mundial da infância 1998**. Brasília, DF, 1998. p. 131.

_____. **Situação Mundial da infância 2000**. Brasília, DF, 2000. p 121.

WAGSTAFF, A. Pobreza e desigualdades no setor da saúde. **Rev. Panamericana de Saúde Pública**, v.11, n. 5, p. 316-326. 2002.

ZOBOLI, E. L. C. P.; MARTINS, C. L; FORTES, P. A. C. O programa Saúde da família na busca da humanização e da ética na atenção saúde. In: INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE et al. **Manual de enfermagem**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2001. p. 47-50.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Observação no. _____

1. hora do início da consulta _____ 1.1 término da consulta _____

2. Unidade do Programa Saúde da Família _____

2.1 Identificação da USF (estrutura e funcionamento)

3. Equipe _____ 3.1 Enfermeira : _____

4. Iniciais do nome da gestante _____ 4.1 idade _____

4.2 Endereço : _____

4.3 Instrução materna _____

5. No de pessoas no domicílio : _____

6. Quem tem renda no domicílio : _____

6.1 Renda familiar _____

7. Condições de moradia :

() própria () alugada () cedida

8. Antecedentes obstétricos

G _____ P _____ A _____

8.1 Pré-natal anterior _____

8.2 Caso a resposta for sim, Quantas vezes fez acompanhamento pré – natal em gestações anteriores _____

8.3 Idade gestacional na 1^a consulta _____ 8.4 Idade gestacional atual _____

8.4 Número de consultas atuais _____

9. Recomendações sobre hábitos alimentares _____

9.1 Recomendações sobre achados bioquímicos (anemia e diabetes mellitus)

9.2 Recomendações sobre a necessidade do uso do sulfato ferroso

9.3 Avaliação do estado nutricional através da antropometria materna , segundo cartão da gestante _____

10. Aspectos pedagógicos relevantes (relacionamento com a gestante, linguagem utilizada, recursos empregados) _____

11. Achados relevantes no prontuário (registro de agravos nutricionais, anotações de resultados de exames relevantes para a avaliação do estado nutricional, recomendações nutricionais).

ANEXOS

ANEXO A - Manual de Assistência do Pré- Natal de baixo Risco . Roteiro de Fatores de Risco. (BRASIL, 2000).

➤ **Fatores de riscos na gravidez.**

- Características Individuais e condições Sócio-demográficas Desfavorável;
- Idade menor que 17 anos e maior de 35 anos;
- Ocupação: esforço físico, carga Horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- Situação conjugal Insegura;
- Baixa escolaridade (menos de 5 anos);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor que 1,45m;
- Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;

➤ **História Reprodutiva Anterior**

- Morte Perinatal explicada e inexplorada;
- Recém-nascido com crescimentos retardado, pré-termo ou malformado;
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou mais que cinco anos;
- Nuliparidade e multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Cirurgia uterina anterior;

➤ **Doenças Obstétrica na Gravidez Atual**

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia – eclâmpsia;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Isoimunização;
- Óbito fetal;

➤ Intercorrências Clínicas

- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endrocrinopatias;
- Hemopatias;
- Hipertensão arterial;
- Epilepsia;
- Doenças Infecciosas;
- Doenças auto-imunes;
- Ginecopatias.

ANEXO B - Manual de Assistência do Pré- Natal de Baixo Risco do M S. Roteiro da primeira consulta (BRASIL, 2000).

História Clínica

- Identificação
 - Idade
 - Cor
 - Naturalidade
 - Procedência
 - Endereço atual

- Dados Sócio-Econômicos
 - Grau de instrução
 - Profissão / ocupação
 - Situação conjugal
 - Número de idade de dependentes (avaliar sobre carga de trabalho doméstico)
 - Renda familiar per capita
 - Pessoas da família que participam da força de trabalho
 - Condições de moradia (tipo, nº de cômodos)
 - Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo)

- Motivos da Consulta
 - Assinalar se foi encaminhada pelo agente comunitário ou se procurou diretamente a unidade
 - Se existe alguma queixa que a fez procurar a unidade – descreve-la.

- Antecedentes familiares – especial atenção para:
 - Hipertensão
 - Diabetes
 - Doenças congênitas
 - Gemelaridade
 - Câncer de mama
 - Hanseníase
 - Tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco);

- Antecedentes pessoais – especial atenção para:
 - Hipertensão arterial
 - Cardiopatias
 - Diabetes

- Doenças renais crônicas;
 - Anemia;
 - Transfusões de sangue;
 - Doenças neuropsíquicas;
 - Víruses (rubéola e herpes,);
 - Cirurgia (tipo e data)
 - Alergias;
 - Hanseníase;
 - Tuberculoses,
- Antecedentes ginecológicos;
- Ciclos menstruais (duração, intervalos regularidade);
 - Uso de métodos anticoncepcionais (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
 - Infertilidade e esterilidade (tratamento);
 - Doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive dos parceiros);
 - Cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
 - Mamas (alteração e tratamento);
 - Última colpocitologia oncótica (Papanicolau ou preventivo, data e resultado);
- Sexualidade
- Início da atividade sexual (idade da primeira relação);
 - Desejo sexual (libido);
 - Orgasmo (Prazer);
 - Dispaurenia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
 - Prática sexual nesta gestação ou em gestações anteriores;
 - Número de parceiros;
- Antecedentes obstétricos:
- Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez octópica, mola hidatiforme);
 - Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas – indicações);
 - Número de filhos vivos;
 - Idade da primeira gestação
 - Intervalo entre as gestações (em meses);
 - Número de recém-nascidos: Pré-termo (antes da 37^a semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
 - Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g;
 - Mortes neonatais precoces – até sete dias de vida (número e motivos de óbitos);

- Mortes neonatais tardios – entre sete e 28 dias número e motivo dos óbitos);
- Natimortos (Morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu);
- Recém-nascidos com icterícia neonatal, transfusão, hipoglicemia neonatal, exsanguinotransfusão em gestações anteriores (Especificar);
- Complicações nos puerpérios (descrever)
- Histórias de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame);
- Intervalo entre o final da última gestação e o início da atual;

➤ Gestação atual

- Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certeza dúvida);
- Data provável do parto – DPP;
- Data da percepção dos primeiros movimentos fetais;
- Sinais e sintomas na gestação em curso;
- Medicamentos usados na gestação;
- A gestação foi ou não desejada;
- Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e uso de drogas ilícitas;
- Ocupação habitual (espaço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);

➤ Exame Físico

➤ Geral

- Determinação do peso e avaliação do estado nutricional da gestante;
- Medida e estatura;
- Determinação da frequência cardíaca;
- Medida da temperatura axilar;
- Medida da pressão arterial;
- Inspeção da pele e das mucosas;
- Palpação da tireóide;
- Ausculta cardiopulmonar;
- Exame do abdome;
- Palpação dos gânglios inguinais;
- Exame dos membros inferiores;
- Pesquisa de edema (face, tronco, membros).

➤ Específico: gineco-obstétrico

- Exame de mamas (orientado, também, para o aleitamento materno);
- Medida da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardíofetais (entre a 7ª e a 10ª semana com auxílio do Sonar Doppler, e após a 24ª Semana. Com Pinard);
- Identificação da situação e apresentação fetal (3ª trimestre);
- Inspeção dos genitais externos;
- Exame especular:

- a) inspeção das paredes vaginais;
- b) inspeção do conteúdo vaginal;
- c) inspeção do colo uterino.
- d) Coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), conforme Manual de prevenção de câncer Cérvico-uterino e de Mama;
 - Toque vaginal;
 - Outros exames, se necessários;
 - Educação individual (respondendo às dúvidas e inquietações da gestante;
 - Solicitação dos exames laboratoriais de rotina e outros, se necessários (ver em 2,5, letra d).

➤ **Ações complementares**

- Referência para atendimento odontológico;
- Referência para vacinação antitetânica, quando a gestante não estiver imunizada;
- referência para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado;
- Agendamento de consultas subseqüentes.

➤ **Roteiro das consultas subseqüentes**

- Revisão da ficha perinatal e anamnese atual;
- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Controle do calendário de vacinação;
- Exame físico geral e gineco-obstétrico;
- Determinação do peso;
- Calcular o ganho de peso- anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional;
- Medida da pressão arterial;
- Inspeção da pele e das mucosas;
- Inspeção das mamas;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina – anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal.;
- Ausculta dos batimentos cardiifetais;
- Pesquisa de edema;
- Toque vaginal, exames especular e outros, se necessários;
- Interpretação de exames especular e outros, se necessários;
- Interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros, se necessários;
- Acompanhamento das condutas adotadas em serviços a clínicos especializados;
- Realização de ações e práticas educativas (individuais e em grupos);
- Agendamento de consultas subseqüentes.

**ANEXO B - Manual de Assistência do Pré- Natal de Baixo Risco do M S.
Roteiro da primeira consulta (BRASIL, 2000).**

História Clínica

➤ Identificação

- Idade
- Cor
- Naturalidade
- Procedência
- Endereço atual

➤ Dados Sócio-Econômicos

- Grau de instrução
- Profissão / ocupação
- Situação conjugal
- Número de idade de dependentes (avaliar sobre carga de trabalho doméstico)
- Renda familiar per capita
- Pessoas da família que participam da força de trabalho
- Condições de moradia (tipo, nº de cômodos)
- Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo)

➤ Motivos da Consulta

- Assinalar se foi encaminhada pelo agente comunitário ou se procurou diretamente a unidade
- Se existe alguma queixa que a fez procurar a unidade – descreve-la.

➤ Antecedentes familiares – especial atenção para:

- Hipertensão
- Diabetes
- Doenças congênitas
- Gemelaridade
- Câncer de mama
- Hanseníase
- Tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco);

➤ Antecedentes pessoais – especial atenção para:

- Hipertensão arterial
- Cardiopatias
- Diabetes
- Doenças renais crônicas;

- Anemia;
- Transfusões de sangue;
- Doenças neuropsíquicas;
- Víruses (rubéola e herpes,);
- Cirurgia (tipo e data)
- Alergias;
- Hanseníase;
- Tuberculoses,

➤ Antecedentes ginecológicos;

- Ciclos menstruais (duração, intervalos regularidade);
- Uso de métodos anticoncepcionais (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
- Infertilidade e esterilidade (tratamento);
- Doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive dos parceiros);
- Cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
- Mamas (alteração e tratamento);
- Última colpocitologia oncótica (Papanicolau ou preventivo, data e resultado);

➤ Sexualidade

- Início da atividade sexual (idade da primeira relação);
- Desejo sexual (libido);
- Orgasmo (Prazer);
- Dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
- Prática sexual nesta gestação ou em gestações anteriores;
- Número de parceiros;

➤ Antecedentes obstétricos:

- Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez octópica, mola hidatiforme);
- Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas – indicações);
- Número de filhos vivos;
- Idade da primeira gestação
- Intervalo entre as gestações (em meses);
- Número de recém-nascidos: Pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
- Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g;
- Mortes neonatais precoces – até sete dias de vida (número e motivos de óbitos);
- Mortes neonatais tardios – entre sete e 28 dias número e motivo dos óbitos);

- Natimortos (Morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu);
 - Recém-nascidos com icterícia neonatal, transfusão, hipoglicemia neonatal, exsanguinotransfusão em gestações anteriores (Especificar);
 - Complicações nos puerpérios (descrever)
 - Histórias de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame);
 - Intervalo entre o final da última gestação e o início da atual;
- Gestação atual
- Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certeza dúvida);
 - Data provável do parto – DPP;
 - Data da percepção dos primeiros movimentos fetais;
 - Sinais e sintomas na gestação em curso;
 - Medicamentos usados na gestação;
 - A gestação foi ou não desejada;
 - Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e uso de drogas ilícitas;
 - Ocupação habitual (espaço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);
- Exame Físico
- Geral
- Determinação do peso e avaliação do estado nutricional da gestante;
 - Medida e estatura;
 - Determinação da frequência cardíaca;
 - Medida da temperatura axilar;
 - Medida da pressão arterial;
 - Inspeção da pele e das mucosas;
 - Palpação da tireóide;
 - Ausculta cardiopulmonar;
 - Exame do abdome;
 - Palpação dos gânglios inguinais;
 - Exame dos membros inferiores;
 - Pesquisa de edema (face, tronco, membros).
- Específico: gineco-obstétrico
- Exame de mamas (orientado, também, para o aleitamento materno);
 - Medida da altura uterina;
 - Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (entre a 7ª e a 10ª semana com auxílio do Sonar Doppler, e após a 24ª Semana. Com Pinard);
 - Identificação da situação e apresentação fetal (3º trimestre);
 - Inspeção dos genitais externos;
 - Exame especular:
 - e) inspeção das paredes vaginais;
 - f) inspeção do conteúdo vaginal;

- g) inspeção do colo uterino.
- h) Coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), conforme Manual de prevenção de câncer Cérvico-uterino e de Mama;
 - Toque vaginal;
 - Outros exames, se necessários;
 - Educação individual (respondendo às dúvidas e inquietações da gestante);
 - Solicitação dos exames laboratoriais de rotina e outros, se necessários (ver em 2,5, letra d).

➤ **Ações complementares**

- Referência para atendimento odontológico;
- Referência para vacinação antitetânica, quando a gestante não estiver imunizada;
- referência para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado;
- Agendamento de consultas subseqüentes.

➤ **Roteiro das consultas subseqüentes**

- Revisão da ficha perinatal e anamnese atual;
- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Controle do calendário de vacinação;
- Exame físico geral e gineco-obstétrico;
- Determinação do peso;
- Calcular o ganho de peso- anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional;
- Medida da pressão arterial;
- Inspeção da pele e das mucosas;
- Inspeção das mamas;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina – anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal.;
- Ausculta dos batimentos cardiifetais;
- Pesquisa de edema;
- Toque vaginal, exames especular e outros, se necessários;
- Interpretação de exames especular e outros, se necessários;
- Interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros, se necessários;
- Acompanhamento das condutas adotadas em serviços a clínicos especializados;
- Realização de ações e práticas educativas (individuais e em grupos);
- Agendamento de consultas subseqüentes.

ANEXO C - Manual de Assistência do Pré- Natal de baixo Risco. Roteiro para tratamento da anemia (BRASIL, 2000).

<p>Dosagem de Hemoglobina</p>	<p>Hemoglobina > 11g / dl</p>	<p><u>Ausência de Anemia:</u> Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso / dia (300 mg), que corresponde a 60 mg de ferro elementar, recomenda-se ingerir 30 minutos antes das refeições.</p>
	<p>Hemoglobina < 11g / dl > 8g / dl -</p>	<p><u>Anemia leve a moderada:</u> a) solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitose, se presentes, b) tratar a anemia com 3 drágeas de sulfato ferroso, via oral / dia. c) Repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: - se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11 g / dl, quando deverá ser iniciado a dose de suplementação (1 drágea ao dia), e repetir a dosagem no 3º trimestre, - se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se “cair”, referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p>
	<p>Hemoglobina < 8g / dl</p>	<p><u>Anemia grave:</u> Referir ao pré-natal de alto risco</p>

Anexo D



DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

RELATÓRIO DE ATIVIDADES – ACS		MÊS: [] []	ANO: [] [] [] []			
DISTRITO [] []		COMUNIDADE:				
UNIDADE DE SAÚDE: CÓDIGO [] [] [] [] [] []						
NOME DA SUPERVISORA :		CÓDIGO DA EQUIPE: [] [] [] []				
NOME DO ACS: :		CÓDIGO DA MICROÁREA: [] [] [] []				
INFORMAÇÕES	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	5ª SEMANA	TOTAL
Nascidos vivos no mês						
RI4 pesados ao nascer						
RI4 pesados ao nascer, com peso < 2500g						
De 0 a 3 meses e 29 dias						
Aleitamento exclusivo						
Aleitamento misto						
De 0 a 11 meses e 29 dias						
Com as vacinas em dia						
Pesadas						
Desnutridas						
De 12 a 23 meses e 29 dias						
Com as vacinas em dia						
Pesadas						
Desnutridas						
Menores de 2 anos						
Que tiveram diarreia						
Que tiveram diarreia e usaram TRO						
Que tiveram infecção respiratória aguda						
Cadastradas						
Acompanhadas						
Com vacina em dia						
Fez consulta de pré-natal no mês						
Com pré-natal iniciado no 1º TRI						
< 20 anos cadastradas						

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

INFORMAÇÕES		1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	5ª SEMANA	TOTAL
Diabéticos	Cadastrados						
	Acompanhados						
Hipertensos	Cadastrados						
	Acompanhados						
Pessoas com Tuberculose	Cadastradas						
	Acompanhadas						
Pessoas com Hanseníase	Cadastradas						
	acompanhadas						
II	Menores de 5 anos por pneumonia						
	Menores de 5 anos por desidratação						
	Por abuso de álcool						
	Por complicações do Diabetes						
	Por outras causas						
	Total						
Internações em hospital psiquiátrico							
O	De menores de 28 dias						
	Por diarreia						
	Por infecção respiratória aguda						
	Por outras causas						
B	De 28 dias a 11 meses e 29 dias						
	Por diarreia						
	Por infecção respiratória						
I	Por outras causas						
	De menores de 1 ano						
T	Por diarreia						
	Por infecção respiratória						
S	Por outras causas						
	De mulheres de 10 a 49 anos						
De 10 a 14 anos							
De 15 a 49 anos							
Outros óbitos							
Total de óbitos							
De adolescentes (10-19 anos) por violência							
Total de famílias cadastradas							
Visita domiciliar - ACS							

Anexo E



FICHA PERINATAL

Nº Registro _____

NOME _____ IDADE _____
 ENDEREÇO _____ ESTADO CIVIL _____
 ESCOLARIDADE _____ UNIDADE DE SAÚDE _____ INSTITUIÇÃO _____
 DATA ____/____/____

ANTECEDENTES FAMILIARES	ANTECEDENTES PESSOAIS	ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS
Hipertensão <input type="checkbox"/>	Diabete <input type="checkbox"/>	Gesta _____ Para _____ Abortos _____
Tuberculose <input type="checkbox"/>	Hipertensão <input type="checkbox"/>	Partos: Vaginais _____ Cesáreas _____ Domiciliares _____
Malformações Congênitas <input type="checkbox"/>	Cirurgia Pélvica <input type="checkbox"/>	Natimortos: _____ Nº de filhas vivas _____
Semelar <input type="checkbox"/>	Infertilidade <input type="checkbox"/>	Óbitos na 1ª semana _____ Óbitos após a 1ª semana _____
Diabete <input type="checkbox"/>	Tuberculose <input type="checkbox"/>	RN Peso (+4000g) _____ RN Peso (-2500g) _____
Outros <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>	Amamentação Materna: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Duração _____
		Intercorrências em gestações anteriores: _____

DADOS PROVÁVEIS	VACINAÇÃO ANTITETÂNICA	FUMO: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Última menstruação ____/____/____	Doses prévias 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/>	Até 10 cigarros/dia Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Data do parto: ____/____/____	Últ. dose há + de 5 anos <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	Mais 10 cigarros/dia Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Dúvidas? Quais? _____	Vacinações previstas: _____ realizadas: _____	ALCOOL Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Início da mov. fetal ____/____/____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Frequência _____
Obs: _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	ÁGUA ENCANADA EM CASA Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

INTERCORRÊNCIAS NESTA GESTAÇÃO

Hipertensão <input type="checkbox"/>	Infecção urinária <input type="checkbox"/>	Hemorragia <input type="checkbox"/>	Atend. pré-natal de alto risco <input type="checkbox"/>
azemia <input type="checkbox"/>	Outras infecções <input type="checkbox"/>	Trab. parto prematuro <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>
enemia <input type="checkbox"/>	Cardiopatia <input type="checkbox"/>	Ratura de membranas <input type="checkbox"/>	Nenhuma <input type="checkbox"/>
ritais <input type="checkbox"/>	Isoimunização <input type="checkbox"/>	Viroses <input type="checkbox"/>	
Insuficiência <input type="checkbox"/>	Retardo cresc. fetal <input type="checkbox"/>	Parasitose <input type="checkbox"/>	

x. físico Normal Sim Não Obs. _____ Estatura _____ cm

CONTROLE PRÉ-NATAL

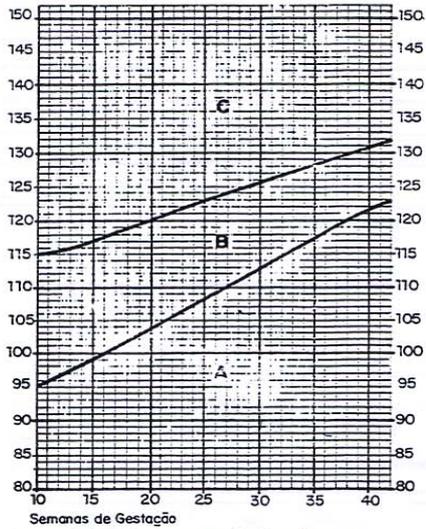
Data	IG	Peso	PA	AU	BCF	Edema	Apresentação	INTERCORRÊNCIAS E ORIENTAÇÕES

EXAMES LABORATORIAIS

Exame	Datas/Resultados	Exame	Datas/Resultados
Tipo Sang.			
Hemoglobina			
VDRL			

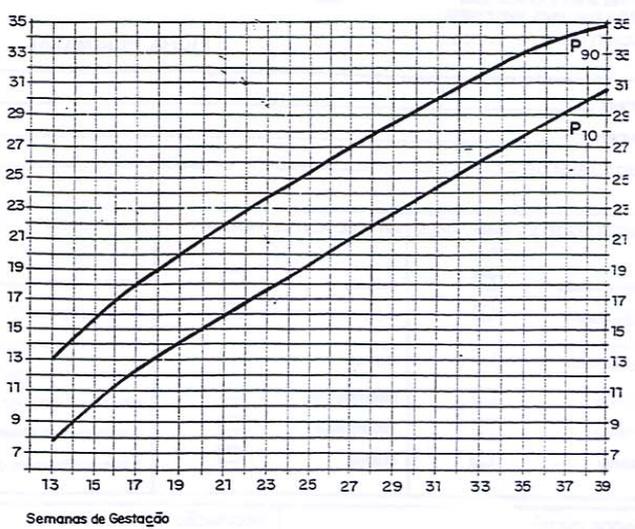
CURVA DE PESO/IDADE GESTACIONAL

% (Percentagem do peso materno em relação ao peso ideal/altura)



CURVA ALTURA UTERINA / IDADE GESTACIONAL

cm (Altura uterina)



Diagnósticos e observações: _____

PARTO		Data: ____/____/____	Local: _____	Data de Alta ____/____/____
Esontâneo	<input type="checkbox"/>	Cesárea	<input type="checkbox"/>	Intercorrências: _____
Episiotomia	<input type="checkbox"/>	Cutro	<input type="checkbox"/>	_____
Fórceps	<input type="checkbox"/>	Indicação	_____	_____
RECÉM-NASCIDO Vivo <input type="checkbox"/> Morto <input type="checkbox"/> Sexo: _____ Peso ao nascer _____ g comprimento _____ cm				
Patologia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Apgar 1' _____ 5' _____	Pré-termo _____ sem	Termo _____ sem
Malformações	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amamentação: _____	Data e peso na alta: _____	
Especificar _____		Condições de alta _____		
PUERPÉRIO NA MATERNIDADE: Hemorragia <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Mamas _____ Data de Alta ____/____/____				
Outros: _____				
CONSULTA DE PUERPÉRIO: Data ____/____/____ Queixas _____				
PA	_____ Mucosas _____	Mamas _____	Abdome _____	Perineo _____
Toque Vaginal _____		Colo Uterino _____		
Ex. A Fresco/Cit. Oncótica _____				
Orientações - Tratamentos - Ex. Laboratoriais - Anticoncepção _____				

ANEXO F

