

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**PROJETO ASSISTENCIAL:
ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR A GESTANTES**

MICHELLE DEMICHEI

PORTO ALEGRE, RS

2003

Biblioteca
Esc de Enfermagem da UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
COMISSÃO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ENF 99003 – ESTÁGIO CURRICULAR

PROJETO ASSISTENCIAL:
ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR A GESTANTES

Trabalho de Conclusão do curso de graduação
em Enfermagem - requisito parcial à obtenção
do grau de ENFERMEIRO.

Michelle Demichei

Orientadora: Prof^ª. Ms. Gema Conte Piccinini

PORTO ALEGRE, RS

2003

AGRADECIMENTOS

À equipe do PSF Vila Cruzeiro, pelo companheirismo e acolhida.

À enfermeira Sílvia, pela orientação e apoio.

À professora Ana Bonilha pelos ensinamentos e pelo carinho.

À minha orientadora, professora Gema, pelo exemplo de paixão pelo trabalho, orientação, carinho e apoio.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 REVISÃO DA LITERATURA	7
2.1 Visita domiciliar como estratégia em saúde comunitária	7
2.2 O papel do enfermeiro no período gestacional.....	8
2.3 O período gestacional.....	10
3 O CAMINHO PERCORRIDO	13
4 RELATANDO AS VIVÊNCIAS	18
4.1 Daniele	18
4.1.1 Primeira Visita.....	19
4.1.2 Segunda Visita.....	22
4.1.3 Terceira Visita.....	25
4.1.4 Quarta Visita.....	26
4.1.5 Quinta Visita.....	29
4.2 Bibiana	29
4.2.1 Primeira Visita.....	30
4.2.2 Segunda Visita.....	32
4.2.3 Terceira Visita.....	34
4.2.4 Quarta Visita.....	35
4.2.5 Quinta Visita.....	37
4.3 Denise	38
4.3.1 Primeira Visita.....	39
4.3.2 Segunda Visita.....	40
4.3.3 Terceira Visita.....	41
4.4 Mariléia	42
4.4.1 Primeira Visita.....	43
4.4.2 Segunda Visita.....	44
4.4.3 Terceira Visita.....	46
4.4.4 Quarta Visita.....	48
4.4.5 Quinta Visita.....	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
6 BIBLIOGRAFIA	55
APÊNDICES	58
ANEXO	62

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é parte integrante da disciplina de Estágio Curricular realizada no último (9º) semestre da graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e se trata do relato de desenvolvimento de um projeto assistencial intitulado "Acompanhamento domiciliar a gestantes".

Minha trajetória acadêmica baseou-se principalmente na área materno infantil, mais especificamente na obstetrícia. No entanto, ao realizar, no sétimo semestre (7º) da graduação, o estágio da disciplina de enfermagem comunitária junto ao Programa Saúde da Família (PSF) Vila Cruzeiro percebi que havia ali algo mais que um simples campo de prática disciplinar. Descobri a valorização do profissional de saúde na prevenção de doenças. Devido ao enorme interesse em trabalhar com gestantes, dediquei-me a observar se havia um acompanhamento domiciliar adequado para as gestantes da Vila. Percebi, então, que algo a mais podia ser oferecido, uma vez que

... a história que cada mulher grávida carrega em seu próprio corpo deve ser acolhida integralmente, a partir do relato da gestante e de seus acompanhantes. É também parte desta história os fatos, emoções ou sentimentos percebidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal. (BRASIL, 1999, p. 3).

O contexto de cada gestação é fundamental para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a sua família estabelecem com a criança desde as primeiras horas após o nascimento. O primeiro contato com o recém

nascido fortalece os vínculos familiares, sendo assim condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano (BRASIL, 1999).

Para Maldonado, Dickstein e Nahoum (1997) a gravidez é uma época onde não só um novo ser está sendo formado. Na mulher e no homem, consolida-se também uma nova parte de si próprios. A vida emocional do casal adquire um colorido diferente daquele de outras épocas. A gestação é um período de muitas inquietações para as mulheres.

Um diálogo franco, juntamente com a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal, são condições básicas para que o saber em saúde esteja disponível para a mulher e sua família. Uma escuta aberta, sem julgamentos e preconceitos, permite à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalecendo-a no caminho até o parto, ajudando assim na construção do autoconhecimento e favorecendo um nascimento tranquilo e saudável. Escutar uma gestante é algo mobilizador. Suscita solidariedade e apreensão. "Escutar é um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções, amores e desamores. Escutar é desprendimento de si" (BRASIL, 1999, p. 4). Na escuta, o sujeito se dispõe a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida, e por isso exige um grande esforço para compreender e ser capaz de oferecer ajuda à medida das necessidades surgidas na fala.

Decidi fazer alguma coisa por essas mulheres. Entre as muitas idéias surgidas pensei em escolher aquela que não trouxesse satisfação só a mim, mas também a algumas dessas inúmeras mulheres que me parecem carentes de informações. Este trabalho foi realizado com o intuito de contribuir com o bem estar dessas gestantes oferecendo um tempo semanal em seu domicílio para esclarecer

dúvidas e adquirir conhecimentos sobre seu estado gestacional e o autocuidado nessa fase do ciclo gravídico-puerperal.

Desenvolvi ali, também, o estágio curricular tendo em vista o reduzido tempo previsto para realizar essas duas atividades e o desejo de contribuir com a equipe de saúde na qualificação da assistência às gestantes desta comunidade.

Para Maldonado (1997), o nascimento de um filho envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões. Verifica-se uma mudança de identidade e uma nova definição de papéis. Assim, a mulher e o homem passam a se olhar e a serem olhados de uma maneira diferente, sofrendo uma transição do papel de filha/filho para o de mãe/pai. Concordo com a autora, quando diz que ter um filho representa a passagem de uma das transições mais relevantes do ciclo vital. Um filho pode ser a promessa de continuidade dos pais, pode significar a oportunidade de aprofundar e enriquecer o vínculo entre o casal. Ter um filho e conseguir acompanhar o seu desenvolvimento é um momento único e enriquecedor (MALDONADO; DICKSTEIN; NAHOUM, 1997).

Desse modo, tenho por objetivo, ao realizar este trabalho, acompanhar o desenvolvimento da gestação em mulheres que utilizam o serviço de pré-natal do Programa Saúde da Família Vila Cruzeiro. Busco identificar o conhecimento que essas mulheres demonstram ter sobre as mudanças fisiológicas do organismo no período gestacional, identificando dúvidas sobre a anticoncepção e as doenças sexualmente transmissíveis, entre outras que possam surgir no decorrer dos encontros, orientando sobre o cuidado com a sua saúde e a de seu futuro bebê, e incentivando o aleitamento materno.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA EM SAÚDE COMUNITÁRIA

A visita domiciliar (VD) é um dos métodos mais eficientes utilizados, como estratégia de ação dos profissionais na saúde comunitária, para propiciar uma ação preventcionista à família (Padilha *et al.*, 1994). Para os autores, tem como vantagens:

- ♥ Proporcionar a observação e o conhecimento do indivíduo dentro do seu verdadeiro contexto social ou meio ambiente;

- ♥ Facilitar a adaptação do planejamento da assistência de enfermagem de acordo com a situação sócio-econômica familiar e com sua própria experiência de vida;

- ♥ Proporcionar melhor relacionamento do profissional de saúde com a família, por ser um método menos formal e sigiloso em relação aos utilizados nas atividades internas dos serviços; e,

- ♥ Assegurar a possibilidade de adequação à prática assistencial das terapias alternativas, oferecidas, às vezes, pelo próprio meio ambiente do cliente.

Ainda conforme Padilha *et. al.* (1994, p.89), a visita domiciliar é:

... uma atividade educativa e assistencial, que permite uma interação mais efetiva da equipe de saúde de um modo geral e da enfermagem em particular, na medida em que possibilita o convívio desta com a realidade vivenciada pelo cliente, bem como uma avaliação mais acurada das relações sociais desenvolvidas pelo cliente-família.

As visitas domiciliares podem ser divididas em: “chamados”, “visitas periódicas”, “internação domiciliar” e “busca ativa”. Oliveira e Berger (1996) caracterizam os “chamados” como atendimentos nos quais o paciente não consegue deslocar-se até o serviço de saúde para consultar, então utiliza-se de contato telefônico com a equipe de saúde ou solicita a um conhecido que vá até o posto avisar que ele necessita de ajuda; as “visitas periódicas” são aquelas de rotina para pacientes crônicos, idosos ou acamados; as “internações domiciliares” são para aqueles que recebem todo tratamento em casa e a “busca ativa” são os chamamentos para pacientes de difícil adesão ao tratamento ou àqueles faltosos à consultas.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (Porto Alegre, 2000), é recomendável que o enfermeiro atue na assistência às gestantes justamente na busca de faltosas às consultas de pré-natal, de preferência utilizando a visita domiciliar como instrumento básico. Klauss e Kennel (1993) referem que quando o profissional de saúde se torna um visitador domiciliar e mantém um contato com a mãe no período anterior ao parto, ao invés de iniciar este contato semanas após o nascimento da criança, ele consegue desenvolver uma maior capacidade da mãe para a maternidade. Há inclusive relatos de mulheres que rejeitavam a gestação e passaram a bem querer-las após o acompanhamento domiciliar.

2.2 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PERÍODO GESTACIONAL

Maldonado (1997) diz que a gravidez é um período crítico, que implica naturalmente uma maior vulnerabilidade e desorganização de padrões anteriores, inúmeras modificações fisiológicas e estados emocionais peculiares, que justificam a presença normal de um certo grau de ansiedade. Por isso, o enfermeiro tem um papel essencial na gravidez, no sentido de ajudar os pais a entender que o nascimento de uma criança modificará suas vidas irreversivelmente, propondo-lhes um compromisso a longo prazo, que pode ser facilitado com um preparo emocional e intelectual adequado (BRANDEN, 2000).

Para a autora, o profissional enfermeiro pode:

- ♥ Promover a auto-estima de cada membro da família;
- ♥ Oferecer assistência de enfermagem levando em consideração os fatores culturais;
- ♥ Envolver todos membros da família nas consultas de pré-natal;
- ♥ Promover a ligação pré-natal da família com o feto;
- ♥ Facilitar a solução dos conflitos relacionados a gravidez e ao nascimento do bebê; e
- ♥ Atuar como defensor da família que espera um bebê, facilitando seu acesso à atenção e à saúde.

Burroughs (1995) relata que o enfermeiro deve estar preparado para ajudar a gestante a encarar a gestação, trabalho de parto e parto como processos fisiológicos, a fim de proporcionar condições para que ela vivencie uma experiência positiva e gratificante.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) , o enfermeiro tem respaldo legal para identificar, através de consultas de pré-natal, possíveis fatores de risco, solicitando à gestante informações de cunho pessoal como: sua idade,

altura, paridade, complicações obstétricas em gestações anteriores e possíveis intercorrências atuais. Quando identificado algum fator de risco deve-se promover o encaminhamento desta gestante a um serviço de atenção mais especializado.

2.3 O PERÍODO GESTACIONAL

No ciclo vital de uma mulher existem três momentos de transição, distintos e críticos, que constituem verdadeiras fases do desenvolvimento da personalidade feminina e que possuem vários pontos em comum: a adolescência, a gravidez e o climatério. São períodos caracterizados por mudanças metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade (MALDONADO, 1997).

A gravidez é um acontecimento importante na vida de uma mulher e de sua família. Ela pode ser reconhecida através de alguns sinais e sintomas, assim divididos, conforme Burroughs (1995):

- ♥ Sinais de Presunção: amenorréia, náusea com ou sem vômitos, alterações nas mamas, aumento da frequência urinária e vibração ou tremor abdominal;

- ♥ Sinais de Probabilidade: aumento uterino, sinal de Hegar (útero amolecido), sinal de Goodell (amolecimento da cérvix), sinal de Chadwick (vulva/vagina azulada), sinal de rebote (movimento do feto contra os dedos do

altura, paridade, complicações obstétricas em gestações anteriores e possíveis intercorrências atuais. Quando identificado algum fator de risco deve-se promover o encaminhamento desta gestante a um serviço de atenção mais especializado.

2.3 O PERÍODO GESTACIONAL

No ciclo vital de uma mulher existem três momentos de transição, distintos e críticos, que constituem verdadeiras fases do desenvolvimento da personalidade feminina e que possuem vários pontos em comum: a adolescência, a gravidez e o climatério. São períodos caracterizados por mudanças metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade (MALDONADO, 1997).

A gravidez é um acontecimento importante na vida de uma mulher e de sua família. Ela pode ser reconhecida através de alguns sinais e sintomas, assim divididos, conforme Burroughs (1995):

- ♥ Sinais de Presunção: amenorréia, náusea com ou sem vômitos, alterações nas mamas, aumento da frequência urinária e vibração ou tremor abdominal;

- ♥ Sinais de Probabilidade: aumento uterino, sinal de Hegar (útero amolecido), sinal de Goodell (amolecimento da cérvix), sinal de Chadwick (vulva/vagina azulada), sinal de rebote (movimento do feto contra os dedos do

examinador), as contrações de Braxton Hicks (contrações uterinas indolores) e os testes de gravidez;

♥ Sinais de Certeza: batimento cardíaco fetal, movimentos fetais percebidos durante o exame e a visualização do embrião ou feto pela ultra-sonografia.

O período gestacional pode variar em torno de 280 dias, com algumas características gestacionais compartilhadas entre as gestantes.

Como diz Burroughs (1995), durante todo o período gestacional, são esperadas quatro fases de desenvolvimento gestacional: fase 1, a confirmação da gravidez; fase 2, a incorporação fetal; fase 3, a diferenciação fetal; e, por último, a fase 4, onde ocorre a transição de papéis. As fases de confirmação e incorporação fetal da gravidez são vistas por Klaus e Kennell (1993) como um momento de adaptação da gestante com o fato de ser mãe, pois é nesse momento que um vínculo começa a ser formado, onde a mãe identifica o feto em crescimento como uma parte integrante de si mesma. Já as fases 3 e 4 podem ser lembradas através dos movimentos fetais, que levam a mãe a modificar seu conceito do feto como parte de si mesma, acreditando assim que o nascimento é a separação física de seu filho.

Duas mudanças são essenciais do período gravídico: as físicas e emocionais, e o crescimento do feto no útero materno. O modo como a mulher-mãe sente-se devido a essas mudanças pode variar muito dependendo do planejamento ou não da gravidez, de ser casada, de estar vivendo com o pai da criança, e de ter ou não outros filhos. Para a maioria das gestantes o período gestacional parece ser uma época de emoções fortes, onde as mulheres podem sofrer modificações emocionais, variando do positivo ao negativo, freqüentemente ambivalentes em períodos pequenos de tempo (KLAUSS; KENNEL, 1993).

Durante o primeiro trimestre, o corpo feminino ainda mantém suas formas e, talvez por isso, nesse período a mulher pode ter dúvidas sobre o fato de realmente estar grávida. É um período marcado pela oscilação de sentimentos referentes à gestação e pelos sintomas gastrointestinais (náuseas e vômitos). Caplan, citado por Maldonado (1997), relata que as mudanças hormonais do início da gravidez podem estar relacionadas com a ocorrência de náuseas e vômitos, uma vez que diminuem o limiar bioquímico desses sintomas.

Já no segundo trimestre espera-se um momento mais tranqüilo, em vista, principalmente, da percepção dos movimentos fetais. No entanto, novamente, uma ambivalência de sentimentos pode surgir. É possível que nesse segundo momento surjam, ou tornem-se mais intensas, alterações no desejo e no desempenho sexual, principalmente uma diminuição.

No terceiro trimestre, estão previstas alterações como a dificuldade no deslocamento da gestante e o desconforto gerado pelo excesso de peso e aumento da barriga. Enquanto aguarda-se ansiosamente a hora do parto e conseqüentemente a chegada do bebê, é esperado também uma maior facilidade de reviver antigas memórias e conflitos infantis acarretando então o surgimento de temores em relação ao momento do parto (MALDONADO, 1997).

É recomendável à mulher e sua família entenderem as particularidades que uma gestação pode trazer e as mudanças que se tornam necessárias para uma nova vida que chega.

3 O CAMINHO PERCORRIDO

Este estudo refere-se a um projeto assistencial. Para desenvolvê-lo utilizei como base teórica o referencial de Trentini e Paim (1999) denominado Pesquisa Convergente Assistencial. Essa pesquisa tem por características manter em todo seu percurso uma estreita relação com a situação social, tendo a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações nesse contexto. Para Trentini e Paim (1999), a pesquisa de campo do tipo convergente assistencial na área da enfermagem inclui atividades de cuidado/assistência aos clientes, porém com o intuito de trabalho investigatório, já que se propõe a refletir sobre a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto.

O trabalho foi desenvolvido no Programa Saúde da Família (PSF) Vila Cruzeiro, unidade essa situada na Vila Cruzeiro do Sul em Porto Alegre. O PSF foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 para servir de estratégia de viabilizar o Sistema Único de Saúde (SUS) com o intuito de reorganizar a prática assistencial em novos critérios, visando amenizar a cultura curativista dos hospitais. O PSF abrange um território definido de pessoas e é composto por uma equipe multiprofissional mínima, de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita aos

profissionais envolvidos uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 1994).

O PSF Vila Cruzeiro abrange uma população adscrita de 1018 famílias (em torno de 3810 pessoas), segundo informação da enfermeira coordenadora deste, caracterizada por ser uma população economicamente carente, com deficiências de saneamento básico e de iluminação. As famílias são compostas em média por quatro pessoas e são caracterizadas como extensas, ou seja, é comum encontrar mais de uma família morando na mesma casa ou mais de uma casa por terreno. Isso demonstra, também, a característica “nômade” das famílias que ali habitam, lembrando que a maioria é pobre e proveniente do interior de municípios da região metropolitana e da zona rural de municípios da campanha gaúcha (ABREU *et al.*, 2002).

Apresento alguns indicadores de saúde importantes para o estudo, relativos à área de abrangência do PSF na qual este trabalho foi desenvolvido. Esses dados foram coletados pelos Agentes Comunitários de Saúde durante o mês de dezembro de 2002, quando foi iniciado este trabalho. Eles constam no relatório Sistema de Informação de Atenção Básica do PSF. O número total de gestantes cadastradas foi de 34 mulheres, 30 faziam acompanhamento de pré-natal no posto., entre elas seis eram menores de vinte anos de idade, e quatro não mantinham acompanhamento no posto de saúde.

Propus-me visitar quatro gestantes acompanhadas pelo serviço de pré-natal do PSF, indicadas pela equipe de saúde do posto para participar desse estudo. Todas tiveram seus nomes trocados por nomes fictícios, sendo estes, frutos de um sorteio entre os nomes das filhas dos Agentes de Saúde do posto. Durante o decorrer do trabalho uma das quatro gestantes mudou de endereço devido a

represálias sofridas após uma denúncia de assaltantes que invadiram sua casa e desta forma seu acompanhamento foi interrompido por se desconhecer o novo paradeiro dessa gestante.

Após três semanas do incidente ocorrido com essa gestante, encontrei-a no posto e conversei com ela a respeito do trabalho a ser concluído. Ela concordou em continuar aceitando as minhas visitas, no entanto não me forneceu corretamente seu endereço. Tendo em vista o fato do motivo da mudança de endereço, acima referido, e devido a pesquisa estar em sua fase final e não haver tempo suficiente para um acolhimento como planejei oferecer, propus-me seguir visitando-a de uma maneira menos formal sem compromisso investigatório. No entanto, quando fui procurá-la em sua casa não consegui encontrar o endereço. Sendo nosso último contato aquele no posto. Considerando a relevância das informações até então obtidas e o aprendizado com esse contato, decidi por mantê-la no estudo.

Com essa ressalva, o trabalho inclui quatro gestantes que foram acompanhadas semanalmente por um mês. Na primeira visita domiciliar, fui acompanhada pelo Agente Comunitário de Saúde. O objetivo dessa visita foi de apresentar o projeto à gestante e verificar se havia a intenção de sua participação na pesquisa. A visita durou em média quinze minutos em cada casa.

As gestantes participantes do estudo foram informadas sobre a pesquisa, seu propósito e seus objetivos, sendo delas a decisão pela participação livre, sem qualquer ônus ou risco. Ofereci um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), que foi lido e assinado em conjunto, assegurando-lhes o anonimato e a decisão em abandonar o estudo a qualquer momento.

Os dados para o trabalho foram coletados através de conversas informais nas residências das gestantes, registradas através de diários de campo, e do

preenchimento de um formulário (APENDICE B). Para Trentini e Paim (1999) toda informação obtida na prática assistencial deve visar a adequação dessa assistência obedecendo as necessidades manifestadas pelo cliente e/ou comunidade. Um diário de campo serve como fonte de informações, de grande utilidade, na interpretação e na discussão dos resultados.

Três das quatro participantes foram visitadas cinco vezes em seu domicílio, com intervalo mínimo de uma semana, conforme programado. A quarta gestante recebeu três visitas domiciliares sendo que o último contato foi no posto. Para cada um desses encontros programei, previamente, assuntos pertinentes aos objetivos do trabalho. O último contato realizado em suas casas serviu para uma despedida informal e a entrega de uma lembrança pela participação do estudo.

A pesquisa participante surge de uma necessidade em produzir conhecimentos não só para conhecer a realidade, mas para transformá-la. Esse modo de pesquisa social busca a participação da comunidade na análise da própria realidade com o objetivo de promover a transformação social para seu próprio benefício. É uma atividade educativa e ao mesmo tempo de ação (SAWAIA citado por EGRY; SALUM E CASTELLANOS, 1991).

Madeira (1987) vê a pesquisa participante como uma metodologia ainda pouco utilizada na área da saúde. Nesse método há um compromisso mútuo entre pesquisador e pesquisados, todos seguem os mesmos princípios. Destaca-se a ação educativa e a participação, visando sempre a mudança de uma consciência ingênua para outra mais crítica, no sentido de se conseguir melhores condições de vida. Só é possível realizá-la através de uma ação educativa que valorize a pessoa do outro; priorizando suas necessidades. O conhecimento é adquirido através da descoberta e da participação.

Para a análise, Minayo *et al.* (1994) trazem uma proposta que visa primeiramente a ordenação dos dados obtidos, e, após a classificação destes dados, onde observa-se que o dado obtido é fruto de investigações e questionamentos surgidos durante a pesquisa, através de leituras e conhecimentos adquiridos. Em sua análise final, encontram-se os resultados obtidos frente aos questionamentos propostos, os objetivos. São vistas as relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

Seguindo, no entanto, a proposta de Trentini e Paim (1999) ocorre que a fase de análise de dados, numa pesquisa convergente assistencial deve acontecer simultaneamente à coleta de informações, facilitando, então, a reflexão do autor perante a informações obtidas e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo da caminhada. Dentre as quatro fases propostas, somente duas foram realizadas: a apreensão e a síntese.

A apreensão consiste na coleta das informações e na organização destas para facilitar o trabalho. O processo dar-se-á por concluído quando se tiver dados suficientes para um relato detalhado e coerente das informações (MORSE E FIELD citados por TRENTINI E PAIM, 1999).

O processo de síntese caracteriza-se por ser a parte que examina subjetivamente as associações e as variações das informações. Morse e Field, citados por Trentini e Paim (1999), afirmam que a síntese foi alcançada quando o tema da investigação foi completamente dominado, ou seja, quando se conseguiu memorizar o fato ocorrido.

Para o desenvolvimento do trabalho, contei com a autorização da comissão de ética da prefeitura de Porto Alegre, como se verifica no ANEXO A.

4 RELATANDO AS VIVÊNCIAS

4.1 Daniele

Daniele tem 21 anos e estudou até a 4ª série do ensino fundamental. Mora em uma casa de quatro cômodos (dois quartos, a cozinha e o banheiro), com seu filho de 11 meses, sua mãe, seu irmão e um sobrinho. Daniele convive com o pai do bebê que irá nascer, há 11 meses. Eles não moram juntos mas encontram-se periodicamente.

O primeiro contato com Daniele foi na sua consulta de pré natal no posto, quando eu ainda estava na fase de escolha das participantes. Esta é sua terceira gestação pois há quatro anos ela perdeu seu primeiro filho, aos sete meses de gestação. Foi escolhida em vista de ter uma gestação de alto risco, caracterizada por um pequeno intervalo gestacional, uma hipoglicemia neonatal na última gestação, ser tabagista e ter condições financeiras bastante precárias. Daniele não sabe ao certo a data da sua última menstruação mas acha que está grávida de mais ou menos 16 semanas.

Fui até sua casa acompanhada do Agente de Saúde. Encontramos Daniele lanchando enquanto cuidava da roupa que estava na máquina de lavar. Sua mãe estava deitada na cama de casal cuidando do neto e olhando televisão.

Conversando, logo percebi em Daniele um grande interesse em participar do estudo. Já de início manifestou várias dúvidas que tinha em relação a sua gestação. Entre elas: Por que para algumas grávidas a menstruação continua a descer? Será que este bebê nascerá prematuro assim como o outro?

Expliquei-lhe que o sangramento que surge durante a gravidez é devido a quantidade de hormônios femininos aumentados no organismo e que não necessariamente seu próximo filho nascerá prematuro pois as condições biológicas de cada organismo influenciam no desenvolvimento da gestação juntamente com alguns modos e atitudes não muito adequados para o seu estado gravídico. Disse-lhe que com o tempo podemos conversar melhor sobre isso, até mesmo para não deixá-la preocupada.

Lemos e assinamos o termo de compromisso em conjunto, marcando a próxima visita para a outra semana, em uma tarde, onde falaremos sobre as mudanças causadas pela gestação no organismo feminino.

4.1.1 Primeira visita

Ceguei na casa da Daniele passavam das 16 horas e 20 minutos. Ela estava “cochilando” junto com o seu filho, na frente da televisão ligada. Daniele é a gestante mais espontânea e a que mais me faz perguntas.

Quando lhe mostrei a figura do aparelho reprodutor feminino foi uma surpresa pois ela não se conhecia interiormente e adorou ter alguém por perto para lhe ensinar. Disse-lhe, baseada em Branden (2000) que algumas estruturas são

mais afetadas pela gravidez, como os grandes e pequenos lábios, o clitóris e o intróito vaginal. Eles crescem principalmente devido à deposição de gordura que está aumentada e modificam a coloração (ficam mais escuros) devido ao aumento da vascularização nessa região. Expliquei-lhe, também, quanto a uretra e a vagina pois ela não sabia que a urina e a menstruação “descem” por lugares diferentes. Aproveitando o assunto orientei-a quanto ao modo correto de fazer a higiene perineal após o uso do vaso sanitário, em vista de observar na coleta do citopatológico, no posto, que a grande maioria das mulheres não sabe a maneira correta de realizar a higiene após as evacuações. Esse desconhecimento favorece as infecções urinárias e vaginais. Devido ao aumento da secreções vaginais e a sua acidez, no período gestacional, disse-lhe que a mulher está mais suscetível à infecções vaginais fúngicas (BRANDEN, 2000).

Conversamos sentadas na cama e brincando com o seu filho. Mostrei-lhe uma figura do útero não-gravídico. Apontei com a mão que ele é do tamanho de um punho cerrado, e ela simplesmente não acreditava que o bebê ficaria ali durante os nove meses. Expliquei, então, que com o decorrer da gestação, o útero vai se moldando ao crescimento do bebê. Branden (2000) traz que o tamanho do útero não grávido varia em torno de 7,5 x 5,0 x 2,5 cm. Este passará por modificações progressivas no tamanho, forma e posição na cavidade abdominal para melhor acomodar o feto.

Como tinha observado uma vez Daniele lanchando, resolvi indagar como estava sua alimentação e ela me falou que não gosta muito de comer comida de sal porque prefere os lanches periódicos. Aproveitei a ocasião para explicar-lhe, baseada em Burroughs (1995), o porquê de uma alimentação variada e saudável pois ela é completa de vitaminas e proteínas que o bebê precisa para crescer forte e

sadio. Quatro são os grupos básicos de alimentos (de laticínios, de carnes, de vegetais e frutas e de pães e cereais) e a gestante tem uma quantidade mínima para ingeri-los, que garante proteínas e vitaminas suficientes para um bom desenvolvimento gestacional. Recomenda-se que a gestante beba em torno de 1 litro de leite por dia, ingira duas ou mais porções de carne (frango, gado, porco, ovelha, vitela, peixe e ovos), três ou mais porções de vegetais e frutas e quatro ou mais porções de pães e cereais.

Daniele fuma desde os doze anos mas relata que no momento diminuiu a quantidade, pois uma carteira, que contém 20 cigarros, está lhe durando em média 3 dias. Ela me disse que na sua gestação anterior, fumou o tempo todo e acha que foi por isso que seu nenê nasceu prematuramente e com um problema neurológico, ainda não definido pelos médicos. Conversei sobre os benefícios de diminuir o cigarro, baseada no que diz Burroughs (1995), pois o monóxido de carbono atravessa a placenta e ocupa lugares na hemoglobina que o oxigênio ocuparia, podendo ocasionar assim a hipóxia fetal, devido a falta de suprimento adequado de oxigênio para o feto. A nicotina debilita os níveis de vitamina C, que é necessária para a produção de colágeno, auxiliando na conservação da higidez capilar, na cicatrização dos tecidos e na prevenção de infecção. O metabolismo do cálcio também fica prejudicado podendo levar à má coagulação sanguínea, perda do tônus muscular e irritabilidade do feto. Após as orientações, parabeneizei-a pelo fato de tentar diminuir o cigarro, mesmo sabendo ser esse um hábito difícil de se largar.

Daniele me contou que às vezes não se convence de que está grávida pois o seu outro bebê é tão novinho e ainda mama no peito. Me disse que o seu namorado e a sua mãe não gostaram da novidade da gravidez e que, por isso, ela até tentou o aborto tomando chás caseiros mas não adiantou. Falou-me que hoje

está mais tranqüila com a gestação pois quando sente os movimentos do bebê em sua barriga seu coração começa a bater mais rápido. Maldonado (1997) traz que durante o primeiro trimestre gestacional é comum que as mulheres não se sintam realmente grávidas devido, principalmente, às brandas mudanças no corpo feminino e pela não percepção dos movimentos fetais. É comum, então, manifestações de ambivalência de sentimentos como alegria e apreensão. Isso sugere que as oscilações devem-se, pelo menos em grande parte, ao próprio esforço de adaptação a uma nova realidade da vida, que envolve novas tarefas, responsabilidades, aprendizagens e descobertas. No entanto, muitas mulheres acreditam que no primeiro trimestre, o feto ainda não está completamente preso ao útero e por isso é mais fácil realizar um aborto bem sucedido. No caso de Daniele o aborto não foi concluído devido as inúmeras tentativas fracassadas e porque ela mudou de opinião frente a essa gravidez.

Aproveitando o assunto abordado nesta visita, perguntei-lhe se já havia realizado o exame citopatológico este ano. Como obtive uma resposta negativa combinamos que eu coletaria seu exame no dia seguinte porque ela tem consulta de pré-natal na próxima semana e gostaria de mostrar-se ao médico como uma “garota exemplar”. Como é bom poder estar ali para acolhê-la em suas necessidades.

4.1.2 Segunda Visita

Chegando em sua casa, perguntei-lhe o que havia acontecido semana passada já que não me procurou no posto para coletar seu citopatológico. Ela me

disse que havia esquecido pois tinha brigado com sua mãe e foi para casa de uma irmã.

Para esta visita estava programado conversarmos sobre o desenvolvimento do feto dentro do útero materno, para isso levei material específico para ilustrar o assunto. Acredito que, quanto mais visualizado, melhor se processa o aprendizado. Fomos conversar no quarto, onde a luminosidade era melhor. Daniele se surpreendeu quando lhe mostrei o tamanho de seu bebê quando este tinha apenas um mês de gestação. Burroughs (1995) aponta um tamanho em torno de uma meia ervilha para um mês de gestação. Também não imaginava que ele sendo tão pequenino já tinha um coração e cérebro, quase que totalmente formados. Fomos conversando sobre mês a mês e quando lhe falei que é mais fácil a mãe sentir os movimentos do bebê após os quatro meses de gestação, ela me disse que já sentia os movimentos de seu filho desde os dois meses. Para mulheres multíparas os movimentos fetais podem ser percebidos antes do normal esperado para as nulíparas (BRANDEN, 2000).

Surpreendeu-me o fato de que Daniele perguntou sobre o desenvolvimento do pulmão do bebê, expliquei, baseada em Branden (2000), que por volta do 5º mês de gestação ele já pode estar formado. Antes mesmo de eu fazer algum comentário a esse respeito, ela me disse “pobrezinho do pulmão dele já está todo podre então?”, referindo-se ao cigarro, que fuma diariamente. Aproveitei para reforçar, nesse momento, o porquê do cigarro ser nocivo principalmente na gestação. As crianças de mães fumantes geralmente apresentam muitas dificuldades respiratórias, muito provavelmente à deficiência de oxigênio que afeta o sistema nervoso central (BURROUGHS, 1995).

Daniele me perguntou se o seu filho sente as suas emoções. Disse-lhe que sim, que o nervosismo sentido pela mãe pode ser transmitido ao bebê assim como todas as outras emoções. É possível que os hormônios liberados pelos estados de tensão da mãe afetem o feto. Sontag, citado por Maldonado (1997), relata que num estudo realizado percebeu que a tensão estimula a produção de determinados hormônios que atravessam a barreira placentária para atingir o organismo do feto em desenvolvimento, alteram a própria composição da placenta, que, por sua vez, modifica o ambiente fetal, e provoca um desequilíbrio geral no organismo materno estimulando diversas modificações transmitidas ao feto no decorrer da gravidez.

Quando perguntei a ela se outra dúvida a incomodava, ela fez um sinal de negação e me falou que tá tudo bem. Me contou que anda se exibindo para umas amigas, também grávidas. Ela conta que tem uma enfermeira que a visita toda semana, tira todas as suas dúvidas e lhe ensina várias coisas novas. Fiquei super lisonjeada ao ouvir isso e é claro não podia deixar de agradecer-lhe por estar participando do estudo.

Daniele também mostrou-se preocupada com a situação de seu filho, que tem quase um ano de vida e não fala nem apoia a cabeça. Falou que está esperando uma consulta com um neurologista, consulta essa já encaminhada pelo PSF. Quando o médico detecta algum problema que não está ao seu alcance resolvê-lo, encaminha o paciente à um especialista. Diariamente, ocorre a marcação de consultas, por telefone, através da Central de Marcação de Consultas. Após confirmada a marcação de cada consulta de especialidade, o Agente de Saúde vai à casa da pessoa avisá-la e orientá-la sobre a mesma. A Secretaria Municipal de Saúde é quem viabiliza estas consultas mas devido ao pequeno número de vagas disponíveis pelo Sistema Único de Saúde, em algumas áreas, nos hospitais de Porto

Alegre, estas podem demorar até meses de espera. A consulta do filho de Daniele foi marcada para abril de 2003.

4.1.3 Terceira Visita

Nessa visita, a mãe da Daniele participou da conversa e pediu para ver figuras de como estava o bebê da filha nesse momento da gestação. Ela tem me estimulado bastante à ensinar tudo que posso para Daniele e para que essa aprenda realmente.

Hoje conversamos sobre os períodos clínicos do parto, os cuidados com o recém-nascido e a amamentação.

Iniciando pelo parto, mostrei figuras da descida do bebê (encaixamento), expliquei o porquê da dilatação e onde ela se localiza. Daniele imaginava que a dilatação fosse na vagina, mostrei, então, que os 10 centímetros esperados de dilatação se dão no colo do útero, para a passagem do bebê.

Sobre os cuidados com o recém-nascido, conversamos bastante pois na sua outra gestação, Daniele não teve a oportunidade de cuidar de seu filho durante o primeiro mês porque este havia ficado hospitalizado por ter tido hipoglicemia neonatal, como foi relatado anteriormente. Expliquei o banho de imersão, que pode ser dado mesmo antes do umbigo cair mas com o cuidado de mantê-lo sempre seco e arejado; falamos sobre a troca de fraldas, lembrando-a de deixar sempre o umbigo “livre para respirar” e, assim, evitar infecções (KENNER, 2001). Finalizando

conversamos sobre amamentação, que por sinal foi o que ela mais gostou. Mostrei-lhe algumas figuras das posições corretas para ocorrer a amamentação e a orientei.

Valdés, Sánchez e Labbok (1996) explicam que uma boa técnica de amamentação começa na posição em que a mãe se encontra. Pode ela estar sentada confortavelmente, com as costas apoiadas ou em decúbito lateral apoiando a sua cabeça sobre uma almofada ou travesseiro. Há também posições em que a mãe, sentada, coloca a criança em seu colo, também sentada (posição de cavalinho), ou a mãe em decúbito dorsal coloca o lactente em posição ventral sobre ela. Nota-se que várias são as maneiras possíveis de amamentar uma criança, lembrando que sempre o olho no olho e a barriga com barriga de uma com a da outra, juntamente com a boa abertura da boca do bebê, sugando grande parte da aréola, identificam uma boa pega. Expliquei-lhe que uma boa pega ajuda a prevenir rachaduras nos bicos do seio da mãe e ajuda o bebê a fazer menos força para sugar o leite, não o deixando cansado após as mamadas.

Daniele está confiante que desta vez conseguirá amamentar o bebê logo após o parto e por muitos meses, ao contrário do que ocorreu com seu primeiro filho que teve de ficar hospitalizado por quase dois meses e não recebeu leite materno desde os primeiros dias como ela gostaria.

4.1.4 Quarta Visita

Quando estava chegando em sua casa, para visitá-la, aproximadamente, às 10 horas e 30 minutos, sua mãe já havia me visto e foi correndo acordar Daniele que havia deitado novamente para dormir.

Hoje realmente percebi como é complicada sua vida. Daniele me contou que sua mãe é HIV +, não está tomando a medicação pois os remédios lhe causam muito mal estar, e está sem ajuda alimentação, auxílio esse que os HIV+ recebem do FASF (Fundação de Assistência Social) por um ano. Este fato vem prejudicando muito essa família pois embora com três adultos nenhum deles têm renda. O almoço de hoje, polenta e arroz, foi conseguido por sua mãe com a dona de um armazém.

Conforme estava combinado, conversamos hoje sobre alguns métodos anticoncepcionais. Antes de Daniele engravidar do seu primeiro filho, tomava pílula mas confessou-me que devido aos fortes efeitos colaterais que sentia parou de tomá-la e, então, ficou grávida. Já nessa gestação ela estava tomando uma pílula de dosagem mais baixa, por causa da amamentação. A dúvida maior de Daniele é sobre o uso de anticoncepcional injetável, oferecido pela equipe de saúde do posto. Há cerca de quatro meses a Secretaria Municipal de Saúde disponibilizou certa quantidade de um anticoncepcional injetável, que mantém efeito anticonceptivo por três meses, e que devido a grande procura dos mesmos pelos postos de saúde tornou-se escasso. Hatcher *et al.* (2001) relatam a beneficência do uso destes anticoncepcionais na medida que garantem uma proteção contra a gravidez por três meses e o atraso no retorno da fertilidade em até quatro meses (até que os níveis sanguíneos do anticoncepcional caiam), o que traz vantagens, principalmente, em comunidades carentes de informações.

Daniele me contou que algumas amigas suas amedrontaram-na dizendo que a anticoncepção por injeção faz as pessoas engravidarem, ou seja, estão dizendo

que ela não funciona. Expliquei-lhe que todo método anticoncepcional quando não bem realizado, não funciona. Assim como toda pílula deve ser ingerida diariamente, toda injeção deve ser aplicada nos dias corretos e manter uso de preservativos conforme orientações recebidas pelos profissionais de saúde. Lembrei-a também que essa injeção não é abortiva, ou seja se fizer a injeção grávida permanecerá grávida.

Outro método sobre o qual Daniele expressou dúvidas, foi quanto ao Dispositivo Intra-Útero, visto que, antigamente só era possível usar esse método anticoncepcional em mulheres já mães. Informei-a que considerando que a mulher está menstruando, que tenha uma certeza razoável que não está grávida e que tenha um útero saudável, não há motivos para o não uso do Dispositivo Intra-Útero (HATCHER *et. al.*, 2001).

Nosso outro assunto programado para ser discutido nesse dia foi sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's). Levei comigo um álbum seriado com fotos reais e coloridas mostrando algumas doenças. Daniele gostou de vê-lo pois segundo ela as pessoas gravam mais o assunto quando vêem fotos.

O principal enfoque foi dado ao HIV/AIDS visto que até o momento não sabia que sua mãe era soropositiva. Expliquei que a Aids não é uma doença e sim uma síndrome, onde várias doenças oportunistas podem atacar em conjunto. Conforme os autores Robbins, Cotran e Kumar (1996) a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma forma secundária infecciosa de imunodeficiência causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) caracterizada por supressão profunda da imunidade, por infecções oportunistas, neoplasias secundárias e doença neurológica. Disse-lhe que não se nota no rosto de uma pessoa se ela tem ou não o vírus, que essa é diferente de todas as outras

doenças, as quais demonstram sinais logo que se iniciam. Quando a Aids der seu sinal de aparecimento é porque o vírus já começou a agir e já destruiu as células de defesa do organismo portador.

4.1.5 Quinta Visita

Como combinado na semana passada, retornei apenas para despedir-me e conferir se tudo estava correndo bem com Daniele. Levei para ela uma lembrancinha por ter participado do estudo. Ela adorou.

Disse-me que gostaria que eu pudesse continuar a visitá-la até o final da gestação ou então que o postinho continuasse com um acompanhamento parecido. Retomei a questão do motivo das visitas ter como objetivo uma pesquisa e por isso sua pequena duração, explicando novamente que se tratava do meu trabalho de conclusão.

Daniele falou de umas dores esporádicas que vem sentindo no ventre, juntamente com as contrações e os movimentos fetais. Orientei-a para que ela passasse no dia seguinte, pela manhã no posto para avaliarmos sua queixa.

Com essas visitas percebi o quanto é importante a escuta para conquistar a confiança da paciente e mantê-la vinculada ao serviço de saúde.

4.2 Bibiana

Bibiana tem 15 anos e está esperando seu primeiro filho. Esta gravidez não foi planejada e ela parece não estar muito consciente do que irá acontecer daqui por diante com a sua vida. Sua idade gestacional é de 13 semanas e 4 dias e a data provável do seu parto é 08/06/03. Parou de estudar na 5ª série do ensino fundamental, quando descobriu-se grávida. Está pretendendo voltar a estudar no período da noite, assim que iniciar o próximo ano letivo.

Embora tenha me dito que está morando com o namorado, pai da criança, com quem está convivendo há 1 ano e 6 meses, está sem endereço fixo no momento, pois passa a noite na casa do namorado e logo cedo vai para casa de sua mãe, onde a encontramos. É uma casa de dois pisos ampla, bem arejada, com muitos móveis e eletrodomésticos, enquanto a casa de seu namorado é composta de três peças mais um "puxadinho" de uma peça, onde mora sua cunhada. Bibiana garantiu que estará mais presente na casa de sua mãe.

Conheci Bibiana na consulta do pré-natal e na hora pensei em trabalhar com ela, por se tratar de uma menina nova, inexperiente quanto à gestação e pouco comunicativa. Na semana seguinte para estimular nosso contato fiz a coleta de seu citopatológico, aproveitando para conversarmos um pouco e nos conhecermos melhor, quebrando, assim, o gelo do primeiro contato.

Espero conseguir fazer com que nossos encontros se tornem produtivos para ambas, tanto no sentido do aprendizado como no sentido da companhia.

4.2.1 Primeira Visita

Embora agendada para esta data e tendo como assunto principal as mudanças fisiológicas da gestação no corpo da mulher, minha visita foi um pouco conturbada. Não a encontrei em sua casa, nem na casa do namorado. Por indicação de vizinhos fui até a casa de sua tia, que mora a uns trinta metros. Lá estava ela, jogando carta com a família. Não querendo atrapalhar o jogo, fiquei de retornar mais tarde.

Quando por fim voltei à casa da tia, Bibiana estava comendo melancia numa sombra bem confortável. Largou tudo e veio ao meu encontro. Conversamos, lá mesmo, num canto do pátio, onde todos estavam jogando e falando alto. Em vista do assunto agendado, senti-me constrangida por estarmos rodeadas de crianças pequenas mas no momento, não tinha outra opção de espaço.

Bibiana não tinha nenhum conhecimento do aparelho reprodutor feminino, expliquei-lhe como é formado e para que serve. Quando lhe perguntei se ela sentia algum desconforto para urinar, disse-me que às vezes tem uma vontade imensa de urinar mas não consegue, então aproveitei para dizer-lhe que as alterações hormonais na gestação fazem com que a capacidade da bexiga esteja aumentada para armazenar 1500 ml de urina e que principalmente no primeiro trimestre da gestação as alterações hormonais juntamente com a pressão produzida pelo útero em crescimento causam uma irritação na bexiga, evidenciada por frequência e urgência urinárias, mesmo com a bexiga vazia (BRANDEN, 2000). Assim sendo, explica-se a vontade de urinar mesmo sem urina na bexiga. Ela ficou encantada com as figuras que levei. Expliquei-lhe bem sobre a higiene perineal, que principalmente nesta fase da vida de uma mulher deve ser melhor realizada devido ao aumento das secreções vaginais.

Bibiana já está com as mamas maiores e contou que às vezes elas doem um pouco. Disse-lhe que o aumento dos hormônios, estrogênio e progesterona, promovem o crescimento das mamas e isso provoca formigamento ou latejo, principalmente nas primigestas, quando as mamas crescem em maior tamanho. (BRANDEN, 2000).

Quando falamos sobre as mudanças na pele, Bibiana, não se preocupou tanto com as estrias, coisa que geralmente preocupa as gestantes mais jovens, e até contou-me que seu namorado perguntou porque sua barriga ainda não havia crescido tendo em vista os três meses decorridos e ela lhe disse que o bebê ainda é muito pequeno para ocupar um espaço grande em sua barriga. Complementei dizendo que o crescimento da barriga é mais pronunciado nas múltiparas, tendo em vista que o útero assume uma posição mais anterior devido às gestações pregressas (BRANDEN, 2000).

Sobre a alimentação, Bibiana, como algumas meninas de sua idade, disse que não gosta de verduras e frutas mas reforcei a beneficência de tais alimentos tanto para sua saúde quanto para de seu bebê.

Disse-me que no início pensou em desistir de participar do estudo, talvez por vergonha e medo, mas por insistência de sua mãe resolveu me escutar.

4.2.2 Segunda Visita

Nosso segundo encontro realizou-se numa sexta feira, após às 11 horas e 30 minutos depois de várias tentativas frustradas na quinta feira pela manhã e na

própria sexta feira, onde me desloquei do posto umas três vezes ao seu encontro mas ela estava sempre dormindo.

Foi uma visita rápida, não sei se por minha vontade ou pela situação em que nos encontrávamos. Era a terceira vez, nessa manhã, que eu ia à sua procura e sempre correndo atrás do tempo. Havia muitas consultas no posto para eu fazer, enquanto ela recém havia acordado e a casa estava cheia de gente, pois os outros estavam tomando café, numa mesa que tinha: pão, manteiga, café e leite.

Olhamos algumas figuras nos livros que levei e conversamos sobre o desenvolvimento do nenê durante a gestação. Ela não me pareceu muito interessada na conversa pois não demonstrou dúvidas nem surpresas com o assunto tratado. Fiquei decepcionada. Não consigo entender como uma futura mãe não demonstre interesse em saber como seu filho se desenvolve dentro de si. Para Luz (1999) as adolescentes quando se descobrem grávidas, deparam com uma situação completamente inesperada, com responsabilidades bastante complexas, desde os cuidados com o recém nascido até os afazeres domésticos. Além disso, para Takiuti (1998 p.86) “a adolescente ainda não cortou o cordão umbilical, desconhece a sua identidade e já tem dentro de si um novo ser que depende exclusivamente dela...ainda tão dependente”.

Tentei estimulá-la várias vezes, com perguntas sobre o andamento de sua gestação, mas ela não me deu nenhuma chance de resposta. O único comentário que fez comigo é que não conseguiu fazer os exames de rotina do Pré-Natal pois a solicitação perdeu a validade, que era de trinta dias. Na sua próxima consulta de pré-natal, na semana que vem, já com quase 16 semanas, o médico deverá solicitar todos os exames novamente.

Todo esse desinteresse que percebo em Bibiana pode ser resultado dessa gestação não ter sido planejada. Ela e o namorado (ele tem 20 anos) provavelmente imaginavam que com eles isso não aconteceria. Para ela talvez seja pior ter que se acostumar tão cedo com uma situação diferente, pois como diz Takiuti (1998) uma gestação na adolescência significa uma rápida passagem de filha para mãe, do “querer colo” para o “dar colo”; uma transição abrupta do papel de mulher ainda em formação para o de mulher-mãe gerando momentos conflitivos, e, em muitas vezes, penosos.

4.2.3 Terceira Visita

Novamente, visitei Bibiana no turno da manhã. Encontrei-a acordada no mesmo horário da semana passada, isto é, somente às 11 horas, e confesso que isso está dificultando um pouco o trabalho que me propus realizar pois as constantes idas a sua casa cansam e tomam-me o tempo que poderia ser utilizado no posto de saúde, com o atendimento à outras pessoas.

O assunto tratado hoje foi o transcorrer do trabalho de parto e o parto, assunto esse que lhe chamou bastante atenção por ser mãe de primeira viagem. Ela demonstrou, hoje, mais atenção e até me fez mais perguntas. Acho que com o tempo nossos encontros serão mais bem aproveitados por ela, principalmente no momento em que ela perder a timidez e me solicitar mais. Bibiana, também, não imaginava que a dilatação se dava no cólo do útero e nem sequer sabia das inúmeras posições que o feto pode tomar dentro do útero. Baseada em Burroughs

(1995) disse-lhe que o feto pode estar encaixado na pelve materna em inúmeras posições. A posição cefálica (primeiro a cabeça) é a mais comum, representando em torno de 95% dos partos. Em 4% dos partos o feto está em posição pélvica, ou seja os pés ou as nádegas estão na pelve. Em apenas 1% dos casos a apresentação fetal é córmica (transversa), ou seja o feto está atravessado no útero, necessitando nesse caso uma cesariana.

Bibiana me falou que, conversando com suas amigas, também grávidas, descobriu que quando a linha da barriga (linea nigra), mostrou-me a barriga nesse momento, está com trajeto tortuoso é porque virá um menino e se for uma linha reta é um menina. Disse não acreditar nessas crendices populares e antigas mas perguntou se havia lógica nisso. Como eu não tinha nenhum conhecimento no assunto, disse-lhe apenas para não levar isso a sério e fiquei de lhe dar retorno se descobrir algo novo.

Conversamos sobre os cuidados com o recém nascido, enfocando principalmente o banho e o umbigo do bebê. Reforcei os benefícios da amamentação, que ela já sabia pois tinha sido orientada pela sua mãe. A estimei a amamentar o maior tempo possível. A primigesta, geralmente, elabora um conceito da amamentação partindo de informações/crenças sobre os benefícios do leite materno e da percepção da prática de amamentar de outras mulheres. Algumas vezes, essa é uma atitude positiva quando associada à percepção de que amamentar significa mais do que oferecer o alimento mas também fazendo parte do desempenho dela como mãe (SILVA,1997).

4.2.4 Quarta Visita

A nossa última conversa durante a pesquisa foi na casa de sua mãe. Logo que entramos, Bibiana me levou para a cozinha, onde sentamos, para conversar. Antes de tudo, ela veio direto mexer no meu brinco (um golfinho) e admirá-lo. Conversamos um pouco sobre a virada do ano, quando ela me disse que não deixou o namorado dormir noutra casa (cada um na respectiva casa de sua família) para ele não sair para festa e deixá-la dormindo. Nosso contato começou a ficar mais próximo agora, justo quando estou me despedindo da Vila.

Depois começamos a falar sobre anticoncepção, primeiro sobre os métodos orais e os injetáveis. Sobre o modo de uso, expliquei-lhe o porquê de se tomar a pílula diariamente, disse que há três tipos de pílulas no posto, facilitando a adaptação de cada mulher. Comentamos sobre o uso de anticoncepcional injetável, que permite a anticoncepção feminina por até três meses mas que está em falta no posto no momento. Alguns anticoncepcionais injetáveis são válidos apenas por um mês e têm em sua composição os dois hormônios femininos, enquanto o acetato de medroxiprogesterona de depósito (Depo-Provera®), que foi oferecido pelo posto de saúde, é formado somente pelo progestônio, diminuindo significativamente os efeitos colaterais no organismo feminino (HATCHER *et al.*, 2001).

Bibiana se mostrou bem disposta a reconhecer à necessidade do uso de algum método anticoncepcional em vista de sua gravidez ser fruto de desproteção e de não querer outro filho tão cedo. Mostrei-lhe figuras do diafragma, seu uso e do Dispositivo Intra-Útero, lembrando que este pode durar por anos. Ela me perguntou sobre os implantes, que alguns podem garantir eficácia por até 5 anos. Expliquei-lhe que o sistema de implantes consiste em um conjunto de seis cápsulas plásticas

pequenas. Cada uma é do tamanho de um palito de fósforo e são colocadas abaixo da pele através de um pequeno procedimento cirúrgico, na face interna do braço da mulher. São compostas apenas de progestogênio e podem prevenir a gravidez por até cinco anos (HATCHER *et al.*, 2001).

Conversamos sobre sua vida, e ela me contou que no início do seu namoro foi bem difícil a adaptação de sua mãe com o seu namorado pois ele envolvia-se com drogas, deixando-a preocupada. Disse-lhe que com o tempo e agora com a decisão que seu namorado tomou, largando as drogas, talvez o relacionamento entre eles possa ocorrer de uma maneira mais saudável para ambos.

4.2.5 Quinta Visita

Procurei-a na casa de seu namorado e como não a encontrei fui até a casa de sua mãe, ali perto. Lá estava ela conversando com sua irmã e sua mãe. Sentamos no sofá da sala para conversarmos e quando lhe lembrei que essa era minha última visita, Bibiana decepcionou-se um pouco. Notei em seu olhar uma desilusão pois logo agora que começávamos a nos entender melhor, eu iria me afastar. Confesso que também foi difícil pra mim, pois com certa convivência, nos aproximamos das pessoas com intuito de ajudá-las no máximo possível e, a separação deixa uma sensação de abandono.

Tentei mascarar a tristeza entregando-lhe a lembrancinha que havia confeccionado para as gestantes que participaram da pesquisa. Aproveitei a ocasião

para explicar novamente o porquê de ser uma pesquisa curta, em vista do pouco tempo disponível para realizá-la.

Despedi-me dizendo que ela poderia me procurar a qualquer momento no posto para conversarmos pois lá permaneceria ainda por umas três semanas. Saí de sua casa triste e ao mesmo tempo contente pois vejo, hoje, que ela aprendeu comigo e com certeza lembrará de nossas conversas para aproveitá-las quando necessário.

4.3 Denise

Denise tem 31 anos, estudou até a 3ª série do ensino fundamental e mora com o companheiro há doze anos, numa casa de três cômodos (banheiro, quarto e cozinha), e seus quatro filhos, de 14, 11, 8 e o mais novo de 1 ano e 7 meses. Sua atual idade gestacional é de 21 semanas e 3 dias e seu parto está previsto para 15/04/03.

Fui até sua casa acompanhada por um Agente de Saúde e não a encontramos, no entanto, suas crianças nos disseram que Denise (sua mãe) havia saído à procura de uma creche para o filho mais novo. Ficamos de retornar mais tarde. Pouco depois, Denise foi até o posto nos procurar. Expliquei então o trabalho e ela concordou, meio desconfiada, em participar. Falei sobre o termo de compromisso, que lemos e assinamos. Achando melhor marcar um dia para as visitas, propus então a quinta-feira e ela prontamente aceitou.

O primeiro contato com a Denise foi no posto, na sua consulta de pré-natal com o médico. Ela me pareceu experiente e com uma boa visão da parturição, embora ela também não me parecesse tão motivada. Juntamente com o médico, percebi a importância de poder ouvir experiências de mulheres multíparas, para enriquecimento do trabalho.

4.3.1 Primeira visita

Entrei na casa de Denise pela primeira vez hoje. É um lugar apertado mas limpinho e em ordem. Conversamos sentadas num sofá e com uma iluminação precária.

Denise tem um jeito diferente de ser, às vezes ela olha pra gente desconfiada, como se não estivesse gostando de alguma coisa. Em certa ocasião, perguntei a ela se havia algo de errado com a nossa conversa e ela simplesmente disse para eu não me preocupar porque esse era o jeito dela, como se fosse uma mania em olhar as pessoas de perfil.

Nossa conversa teve a escuta de sua filha (14 anos de idade) que participou quieta. Havíamos combinado em conversar sobre as mudanças fisiológicas e emocionais que ocorrem, no organismo feminino, durante o período gestacional. Denise gostou do assunto visto que não tinha conhecimento de muitas dessas alterações. Quando falei da linea nigra aproveitei para ver sua barriga, de 22 semanas, bem saliente. Ela não imaginava que os hormônios femininos aumentados eram os responsáveis por todas essas mudanças que estava sentindo. Sobre o

escurecimento da pele disse-lhe que, conforme Burroughs (1995), o responsável por esse escurecimento na pigmentação da pele, em certas áreas do corpo da mulher, é o hormônio melanócito estimulante que age conjuntamente com o estrogênio. Surge, então, a linea nigra no meio do abdômen da mulher e os mamilos, a aréola, as sardas e os sinais ficam mais escuros.

Reclamou dos enjôos que sentia bastante, principalmente, quando comia feijão. Orientei-a, então, autocuidados, como evitar alimentos gordurosos e ingerir bastante líquidos, verduras e frutas. Disse-lhe também para observar o intervalo entre as refeições, que deve ser curto para evitar azia (BURROUGHS, 1995).

Denise me fez uma pergunta sobre a Aids que me deixou preocupada. Ela me perguntou como se transmitia a Aids. Expliquei-lhe brevemente e fiquei de retomar o assunto numa próxima visita. Saí de sua casa assustada. Vivenciar situações que demonstram que ainda existem pessoas não esclarecidas sobre o vírus HIV me faz pensar no quanto certas pessoas carecem de informações, principalmente populações em situações sócio-econômicas precárias.

4.3.2 Segunda Visita

Cheguei em sua casa num horário bem próximo ao almoço, mas isso não dificultou em nada nossa conversa. Até facilitou algumas brincadeiras.

Comecei mostrando-lhe figuras indicativas do tamanho do feto no decorrer da gestação. Denise surpreendeu-se com o tamanho do bebê no primeiro mês e com os acontecimentos que envolvem o surgimentos dos órgãos internos e externos

do feto. Nas duas primeiras semanas de gestação, o coração começa a formar-se. Logo após vem o estômago e o fígado, as glândulas sexuais, e por último os pulmões (BRANDEN, 2000). Conversamos bastante sobre a possibilidade de seu bebê nascer hoje, aos cinco meses, e sobreviver pois a partir de agora ele crescerá somente em peso e comprimento pois já está formado. Segundo os autores Burroughs (1995) e Branden (2000), a partir do 5º mês gestacional já é possível, através de todos os avanços da medicina, tornar viável uma criança que nasça antes do tempo previsto de nove meses. Embora o recém-nascido ainda não tenha a quantidade suficiente de surfactante, que garante a maturação pulmonar, poderá obtê-lo ao nascer através de fármacos. Conversamos que embora todos avanços na área médica ainda é grande a morbimortalidade das crianças que nascem nesse período.

Denise lembrou-se de me avisar que semana que vem não estará em Porto Alegre pois irá comemorar as festas de Natal e Ano Novo com sua mãe que mora no interior do estado e que não sabe ao certo quando voltará. Talvez na primeira semana de janeiro. Disse a ela que isso não teria problema algum e desejei que aproveitasse bem a viagem. Agradei pela sua lembrança de me avisar e despedi-me desejando-lhe boas festas.

4.3.3 Terceira Visita

Como combinado em nossa última visita, antes do Natal, retornei para conversarmos no dia 09 de janeiro, no entanto não a encontrei em casa.

Conversando com sua cunhada, descobri que Denise havia se mudado para um outro local ali mesmo na Vila mas não sabia informar onde. Nesse momento fiquei paralisada e pensando o que seria do meu trabalho sem uma das minhas gestantes. Fiquei triste com a notícia mas retornei ao posto para tentar descobrir alguma pista de onde Denise pudesse ter ido.

Chegando ao posto falei com um Agente de Saúde que informou-me que na semana em que Denise e sua família foram viajar, assaltaram sua casa e levaram alguns móveis e eletrodomésticos. Quando retornaram da viagem, fizeram uma denúncia à polícia mas como os assaltantes eram meninos da zona, houveram represálias e a família teve que procurar outro local para viver. Ouvi dizer também que o marido de Denise possa ter um envolvimento com esse tipo de “economia informal” e que esse assalto possa ter sido vingança por algum ato seu cometido. Como não se sabe ao certo o que realmente aconteceu e por estar lidando com uma comunidade onde muitas pessoas vivem desse “comércio”, achei melhor não garimpar muitas informações em função de minha segurança pessoal.

4.4 Mariléia

Mariléia tem 28 anos e estudou até a 3ª série do ensino fundamental. Trabalha como empregada doméstica na zona norte da cidade. Mora com o companheiro, há uns quinze anos, e seus três filhos. Esta é sua quarta gestação, seu filho mais velho está com 16 anos e o mais novo com 5. Mariléia contou-nos que no início de sua gestação foi bem complicado admitir a presença de um novo ser

pois todos imaginavam que ela já havia “encerrado” sua cota de gestações. Hoje está com 13 semanas e 6 dias de gestação.

Conversamos no portão de sua casa pois ela não permitiu que entrássemos pois a casa não estava em ordem e ela ainda estava almoçando.

Foi a única das gestantes que não tive a oportunidade de acompanhar na consulta de pré-natal. Ela me foi indicada diretamente pelo médico do posto, em vista de tratar-se de uma gestante com intervalo gestacional maior que cinco anos, e, que possivelmente terá dúvidas no decorrer da gestação.

4.4.1 Primeira Visita

Cheguei em sua casa perto das 14 horas e 30 minutos e sua filha mais moça veio abrir o portão. Mariléia estava à minha espera enquanto todos arrumavam a casa após o almoço. Conversamos ao redor da mesa, na cozinha/sala, e com a televisão ligada. Falamos sobre as mudanças fisiológicas que ocorrem no corpo durante a gestação e sobre o autocuidado.

Mariléia tinha dúvidas relevantes sobre a anatomia do aparelho reprodutor feminino e ao funcionamento do organismo em si. Era de seu conhecimento, no entanto, que o lugar por onde se urina e por onde se menstrua são diferentes. Ela foi a única das gestantes que sabia essa diferença e registrei o fato porque fiquei apreensiva ao constatar que há mulheres que não conhecem o seu corpo. Perguntei se ela vinha cansando-se ultimamente e ao ouvir sua resposta positiva, disse-lhe que a dificuldade respiratória vem da elevação do músculo diafragma durante a

gravidez impedindo uma boa expansão pulmonar (BRANDEN, 2000). Quando falamos sobre os hábitos urinários, me disse que urina durante o dia várias vezes, então baseada no autor citado anteriormente, disse-lhe que as inúmeras vezes que a gestante urina principalmente durante o primeiro e o terceiro trimestres, é devido a pressão que o útero faz sobre a bexiga e a irritação causada por essa pressão. Sobre a constipação, Mariléia não tem queixa nenhuma, mesmo assim, achei conveniente explicar-lhe que para muitas mulheres a constipação é uma queixa comum no período gestacional devido a perda do tônus muscular, que provoca uma demora no esvaziamento dos intestinos, permitindo a maior absorção de água das fezes levando à constipação (BURROUGHS, 1995).

Mariléia me contou que todo dia pela manhã, antes de ir trabalhar, toma uma xicarazinha de café preto, pois tem medo de passar mal e desmaiar. Quando perguntei sobre esse cafezinho preto diário, disse-me que é hábito seu há anos pois como não consegue tomar um café da manhã porque enjoa, à caminho do trabalho, preferiu adaptar-se ao café preto. Orientei ingerir um copo de leite ou outro líquido (água ou suco não ácido) não estimulante e irritante da mucosa gástrica. Perguntei se outros alimentos lhe causavam enjoos e ela me disse que quando ingere comidas gordurosas eles aparecem mais freqüentemente. Orientei aumentar o número de refeições diárias e diminuir a quantidade de alimentos por refeição, ingerir bastante líquidos no intervalo das refeições, frutas e verduras (BURROUGHS, 1995).

4.4.2 Segunda Visita

Foi a minha primeira visita domiciliar daquele dia e realizada no turno da manhã. Cheguei na sua casa perto das 10 horas. Levei comigo livros que mostravam figuras do crescimento do bebê em sua barriga. Ela recém havia acordado e estava em casa somente com sua filha mais moça. Comentou comigo, que pensava que eu não apareceria no dia de hoje em vista do postinho estar fechado por motivo de pintura interna. Garanti-lhe que não precisava preocupar-se pois se estava combinado, eu viria visitá-la de qualquer maneira.

Começamos a conversar sobre o desenvolvimento do bebê, mês a mês, e ela prestava atenção nas figuras que lhe mostrava. Quando lhe disse que no quarto mês de gestação já dava para tentar ver o sexo do bebê pela ecografia, ela me contou um caso de uma conhecida sua que fez uma ecografia onde mostrou ser de sexo masculino seu filho, entretanto quando o nenê nasceu era uma menina. Expliquei-lhe baseada em Burroughs (1995) que o sexo do bebê é identificado com maior precisão aos seis meses de gestação, quando as glândulas sexuais estão completamente formadas.

Mariléia expôs sua preocupação em ter que fazer cesárea pois além da recuperação ser mais longa, ela realmente gostaria de ter um parto vaginal. Sua última gestação foi cesárea pois o nenê estava em posição sentada e ela não conseguia ganhar normal dessa forma. Diz ela que a equipe que atendeu-a até que tentou fazer ganhá-la de parto normal mas não teve jeito para que isso acontecesse. Reforcei a idéia de que realmente é possível realizar um parto vaginal pós-cesárea, e que se realmente seu desejo for esse cabe a ela dizê-lo a equipe médica. Deseja, também, fazer a ligadura de trompas juntamente com este parto, ou logo após, mas está ansiosa porque talvez isso não aconteça. Conversamos sobre as possibilidades disso ocorrer mas ela mesmo já me disse que sabe que o hospital dá a preferência

para realizar a cirurgia para as mulheres que tiveram o acompanhamento de pré-natal na instituição.

4.4.3 Terceira Visita

Quando estava chegando à sua casa eis que a Mariléia vinha chegando do trabalho. Entramos as duas cansadas pelo calor e sentamos para descansar. Ligamos um ventilador para melhorar o ambiente e, pronto, começamos o estudo do dia.

Primeiramente, falamos sobre os períodos do parto, onde ela demonstrou conhecimento, é claro, devido às suas gestações anteriores. Vimos a diferença entre o falso e o verdadeiro trabalho de parto e o porquê de uma dilatação completa como necessária. Um falso trabalho de parto é caracterizado por contrações descoordenadas e indolores, que se cessam após alguns minutos, e a cérvix não completamente dilatada, enquanto o verdadeiro trabalho de parto são as contrações uterinas dolorosas e intermitentes, que ocorrem a cada 20 minutos no início do trabalho de parto, podendo ocorrer a cada 2 a 3 minutos no seu final (BURROUGHS, 1995). Mostrei figuras de posições possíveis do bebê dentro do útero, e ficamos imaginando quais terão sido as posições adotadas no útero, por seu outro filho.

Após, relembramos os cuidados com o recém nascido pois afinal lá se vão cinco anos sem um bebê dentro de casa. Mariléia não sabia que se utilizava o banho de imersão para o recém nascido e ficou curiosa pois lhe disseram que o umbigo não podia umedecer. Expliquei, então, que isso realmente é verdade mas o que

deve ocorrer é que o umbigo deve sempre estar limpo e seco pois a umidade pode trazer bactérias. Vimos também, a importância de não se usar sabonetes, xampus e talcos no bebê devido a sensibilidade de sua pele. Kenner (2001) explica que o uso de um sabonete forte pode alterar a superfície da pele do bebê e limitar a sua capacidade de proteção contra infecções, enquanto o xampu deve ser neutro para não ocasionar irritação nos olhos do bebê.

Sobre a amamentação, foi interessante pois ela relatou que seus três filhos mamaram por pouco tempo mas ela garantiu que terá mais tempo para este, visto que acredita no melhor desenvolvimento da criança quando esta é amamentada ao peito. Geralmente as mães múltiparas utilizam na construção da sua atitude frente a amamentação, além das crenças sobre os valores do leite materno, as experiências do ato de amamentar e a observação dos resultados no crescimento e desenvolvimento das crianças amamentadas ao peito comparadas às alimentadas com leite artificial (SILVA, 1997). Mostrei-lhe posições possíveis de se amamentar e deixei claro que deve ser um momento de prazer para a mãe e para o bebê.

Mariléia tem muito medo de que ocorram fissuras, novamente, em seu peito mas expliquei-lhe que com uma boa pega isso não ocorrerá tão facilmente. Silva (1997) diz que as rachaduras ou fissuras mamilares são comuns, constituindo-se, por vezes, em lesões profundas, sangrantes, que causam sofrimento à nutriz e dificuldades em continuar a amamentação. A sensação dolorosa no mamilo, além da presença das lesões, está associada ou agravada pelo ato de sucção do recém-nascido. Orientei-a baseada, em Branden (2000) e Valdés, Sánchez e Labbok (1996), que para uma boa pega ocorrer é necessário que o bebê esteja com a boca bem aberta, abocanhe a maior área possível da aréola e fique com o queixo apoiado

na mama estimulando uma maior descida do leite. Caso ela perceba o início de lesão, orientei-a para passar seu próprio leite na mama e secar ao ar livre.

4.4.4 Quarta Visita

Cheguei para a visita logo no início da tarde e ficamos conversando em torno de 1 hora, a respeito de anticoncepção e DST's.

Mariléia demonstrou maior interesse quando lhe falei sobre os métodos irreversíveis de anticoncepção. Disse-me que, por várias vezes, tentou conversar com o marido para que ele fizesse a vasectomia porém todas sem sucesso e, quando ela decidiu procurar atendimento para a realização da ligadura de trompas eis que veio a gravidez. No entanto, nesse parto ou após esse, pretende realizar a cirurgia. A ligadura trata-se de secções feitas em ambas as trompas de Falópio, que são ligadas ou ocluídas por eletrocautério e pode ser realizada via abdominal ou vaginal (BURROUGHS, 1995).

Me contou também que havia parado de tomar os anticoncepcionais orais por causa das dores de cabeça que freqüentemente sentia. De acordo com Hatcher *et. al.* (2001) e Burroughs (1995), todos os anticoncepcionais que têm em sua composição hormônios podem causar efeitos colaterais com freqüência, entre eles as cefaléias.

Quando falamos sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis, Mariléia mostrou-se atenta principalmente frente as fotos mostradas do álbum seriado do Ministério da Saúde.

No momento em que lhe disse que essa era a última visita à sua casa, percebi um certo entristecimento de sua parte e confesso que para mim também foi difícil passar por aquele momento pois senti que nossas conversas foram importantes. Combinei que voltaria na próxima semana apenas para bater um papo e me despedir.

4.4.5 Quinta Visita

Como este era meu último contato, e informal, cheguei à casa de Mariléia sem avisá-la. Todos (ela e os três filhos) estavam deitados na frente da televisão descansando e ficaram surpresos com a minha presença. Disse-lhe, então, que aproveitei o tempo livre que eu tinha no posto e vim visitá-la. Ela, como sempre, puxou a cadeira para sentarmos e conversarmos, enquanto as crianças assistiam televisão e brincavam.

Me contou que está um pouco preocupada pois não sente ainda os movimentos fetais e está completando nessa semana quatro meses de gestação. Disse-lhe para não se preocupar pois cada gestante tem suas particularidades, e conforme me falou seu último filho também demorou para se mexer. No final do encontro, quase no portão de sua casa, ela me contou, meio sem jeito, que semana passada fez uma faxina geral em sua casa, com direito a empurrar guarda-roupa, e quando chegou a noite teve um leve sangramento vaginal. Ela começou a rir dizendo que sabia que não era para ter feito a faxina pesada, e sabia também que o sangramento poderia ter vindo por esse motivo. Orientei-a para manter-se mais em

repouso quando não estiver no seu local de trabalho e para relatar mais o que se passa na sua gestação para o médico na consulta de pré-natal.

Depois de quase 1 hora de visita e bate-papo informal, com direito a olhar álbuns de fotos da família, retirei-me com a sensação do trabalho cumprido e com o prazer de ter sido tão bem recebida nesta casa. .

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho proporcionou-me um conhecimento muito além do previsto. Inicialmente imaginei que nenhuma gestante da Vila aceitaria participar do meu estudo e me sentia como uma intrusa na vida delas. Com o decorrer do estágio curricular, e, passado a minha ansiedade inicial, fui encontrando as participantes uma a uma, cada qual com enriquecedoras particularidades.

Descrevendo-as em poucas palavras diria que Daniele é uma moça preocupada e com muitas angústias frente ao seu futuro mas que demonstrou-se uma grande mulher no decorrer do estudo, expondo seus conhecimentos e dúvidas na maior naturalidade. Foi a gestante com quem mais me identifiquei, conversávamos horas sem perceber. Lembro até de uma vez que as Agentes de Saúde do posto foram me chamar em sua casa pois já passava das 17 horas.

Bibiana, é a adolescente, uma garota quieta que me deu mais trabalho. Por ser jovem e inexperiente, me passou muita insegurança em estar participando do estudo embora, às vezes, me solicitasse com freqüência. Acho que somente aceitou conversar comigo porque sua mãe havia insistido e talvez por me ver como alguém que tentaria ajudá-la no que fosse possível.

Denise, a gestante de maior paridade foi justamente a que não pode participar de todo o trabalho. Certamente ela enriqueceria bastante o estudo pela

experiência já vivida, de criar quatro filhos. Embora também fosse um pouco quieta, comentou várias de suas dúvidas e as discutimos com clareza e seriedade.

Mariléia, mãe de três lindas crianças, foi a gestante mais participativa do grupo. Minhas visitas à sua casa sempre demoravam mais que o previsto. Ansiosa por esse parto e por não recordar muito bem de tudo que acontece na gestação, Mariléia sempre tinha dúvidas para esclarecer. Lembro-me que minha última visita à sua casa foi emocionante pois sua filha (5 anos), toda exibida, veio me mostrar fotos da família e principalmente as suas, como se ela estivesse percebendo que talvez o seu lugarzinho de bebê da família seria ocupado por outro em breve.

Todas as gestantes mantinham um relacionamento estável com um parceiro há no mínimo um ano, fato esse que chama a atenção pois, nesse caso, nenhuma gravidez foi fruto de casos passageiros, algo que comumente ocorre, principalmente, em comunidades carentes. Daniele e Bibiana tinham namorados (parceiros únicos), enquanto Denise e Mariléia eram casadas há mais tempo.

Nos momentos que caminhei pela Vila percebi que para muitas pessoas não existe o fator horário. Elas dormem tarde da noite e acordam tarde da manhã, algo que atrapalhou o trabalho proposto em certos momentos, ou seja não trabalham. Percebi a dificuldade que se tem em viver num lugar cheio de carências e desafetos. Eu mesma fui vítima dessa dificuldade que ronda a Vila, quando tive que deixar de visitar uma das gestantes por questões de segurança própria.

Posso dizer que realizando este trabalho tive esclarecidas algumas dúvidas e confirmadas algumas crenças. Como imaginava, a maior dúvida delas, e a minha maior preocupação (mas não surpresa), foi o não conhecimento dos órgãos internos e externos femininos. Como é possível tentar educar (re-educar) mulheres que não imaginam que somos formadas por vários segmentos que nos garantem diferenças

perante os homens? Como explicar a uma mulher que ela pode colocar um Dispositivo Intra-Útero, se, ela acredita que, ele obstruirá a passagem da menstruação, da urina e das fezes?

Um dos momentos mais gratificantes da pesquisa foi quando conversamos sobre a amamentação. Todas relataram uma imensa vontade de aleitar seus bebês assim que nascessem e ficaram completamente atentas às orientações que lhes dava. É relevante ressaltar as inúmeras vantagens do aleitamento materno, tanto para a mãe como para o bebê, entre elas: a nutrição adequada do recém-nascido devido aos nutrientes oferecidos, o favorecimento da relação mãe-filho e a beneficência para a saúde da mãe, onde a retração uterina dá-se mais rapidamente e a perda sangüínea é mais branda com o decorrer da amamentação (VALDÉS, SÁNCHEZ E LABBOK, 1996).

Apesar de ter como uma das prioridades propostas pelo trabalho esclarecer dúvidas sobre as DST's, nas dezoito visitas realizadas às quatro gestantes do estudo, apenas em duas situações o assunto foi comentado e ainda de forma evasiva. Acredito que, talvez, por medo ou vergonha elas não busquem discutir esse assunto.

Depois de realizado este trabalho, fica presente a percepção de que muitas mulheres ainda imaginam-se somente como provedoras (geradoras) de vida, tendo em vista o que percebi ao conversarmos sobre anticoncepção. Exemplos disso, Bibiana, a adolescente de 15 anos e gestante de quatro meses, que embora com uma vida sexual ativa, nunca usou anticoncepção. Mariléia, também gestante de quatro meses, e mãe de três filhos, que após anos de uso de anticoncepção suspendeu-o por imaginar-se já estéril.

Fica a convicção de que muito ainda pode ser oferecido pelos serviços de saúde à essas mulheres carentes de informações sobre a sua sexualidade. Me parece necessário perceber que certas comunidades precisam de muito mais estímulo e ajuda, do que os profissionais de saúde imaginam. E isso é o que me faz pensar cada vez mais em trabalhar em prol dessas mulheres desamparadas e com medo de viver. Acredito que quando conseguirmos fazer com que essas mulheres despertem para um caminho de mais dignidade e confiança, muito ganharemos em prol da promoção à saúde, visto que com conhecimento adquirido até mesmo a auto-estima melhora.

Através das visitas domiciliares percebi como é importante o contato da enfermeira com a realidade vivida por essas mulheres em seu domicílio. Uma VD é mais do que proporcionar assistência a quem precisa, ela é o caminho para a realização de ações de enfermagem, principalmente, em atenção primária em saúde, quando o profissional, por um momento, está na casa, no espaço onde a pessoa ou família atendida habita. Esse contato facilita o diagnóstico e as orientações necessárias para cada situação, daí a importância da visita domiciliar para o trabalho da enfermeira na comunidade.

Finalizo dizendo que a experiência de realizar este estudo acoplado ao estágio curricular fortaleceu meu aprendizado de viver comunidade. Acredito também ter contribuído com a equipe de saúde do PSF, na qualificação da assistência pré-natal às gestantes dessa comunidade.

6 BIBLIOGRAFIA

ABREU, A. *et al.* *Vivendo Comunidade: acadêmicas no Psf Cruzeiro do Sul. Porto Alegre. Escola de Enfermagem, UFRGS, 2002.*

BRANDEN, P. S. *Enfermagem materno-infantil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos*. 3. ed. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O que precisamos saber sobre DST*. Brasília.

BRASIL . Ministério da Saúde. *Programa saúde da família*. Brasília, 1994.

BURROUGHS, A. *Uma introdução à enfermagem materna*. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

EGRY, E. Y.; SALUM, M. J. L.; CASTELLANOS, B. E. P. Pesquisa participante: reinterpretando os caminhos percorridos. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 13-20, jan/abr. 1991.

ESPÍRITO SANTO, L. C. do. BERNI, N. I. de O. *Enfermagem em obstetrícia*. In: FREITAS, F. *et al.* *Rotinas em obstetrícia*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. Cap. 16, p. 190-199.

FRANCO, T.; MERHY, E. *PSF: contradições e novos desafios*. Campinas, 1999. Na internet: <http://www.fcm.unicamp.br/TULIO E EMERSON>

HATCHER, R. A., *et al.* *Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção*. Baltimore, Escola de Saúde Pública Johns Hopkins, Programa de Informação de População, 2001. Cap. 5 a 16.

KENNER, C. *Enfermagem neonatal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2001.

KLAUSS, M. H.; KENNEL, J. H. *Pais/Bebê - a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LUZ, A. M. H. *Mulher adolescente: sexualidade, gravidez e maternidade*. Porto Alegre: Edipucrs, 1999.

MADEIRA, L. M. Pesquisa participante: metodologia pedagógica alternativa para enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, ano 40, n. 1, p. 28-33, jan/mar. 1987.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez*. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MALDONADO, M. T.; DICKSTEIN, J.; NAHOUM, J. C. *Nós estamos grávidos*. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MINAYO, M. C. S. *et al.* *Pesquisa social: teoria método e criatividade*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

OLIVEIRA, F. J. A. de.; BERGER, C. B. Visitas domiciliares em atenção primária à saúde: equidade e qualificação dos serviços. *Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição*, Porto Alegre, v. 9, n.2, p. 69-73, jul/dez. 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS, 1996. 56 p.

PADILHA, M. I. C. S. *et al.* Visita domiciliar: uma alternativa assistencial. *Revista de Enfermagem da UFRJ*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p.83-90, maio. 1994.

PORTO ALEGRE. *Rotinas de assistência ao pré-natal*. Secretaria Municipal de Saúde. Porto Alegre, 2000.

ROBBINS, S. L. COTRAN, R. S. KUMAR, V. *Fundamentos de Patologia estrutural e funcional*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. Cap. 6.

SILVA, I. A. *Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir riscos*. São Paulo: Robe editorial, 1997.

TAKIUTI, A. *A adolescente está ligeiramente grávida e agora? - Gravidez na adolescência*. São Paulo: Iglu, 1998.

TRENTINI, M.; PAIM, L. *Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente assistencial*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

VALDÉS, V.; SÁNCHEZ, A. P.; LABBOK, M. *Manejo clínico da lactação – assistência à nutriz e ao lactente*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

APÉNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente estudo "Acompanhamento domiciliar à gestantes - um incentivo ao autocuidado" é proposto pela acadêmica, Michelle Demichei, sob a orientação da professora Gema Conte Piccinini. Ele faz parte de um conjunto de exigências da disciplina Estágio Curricular do curso de graduação em Enfermagem da UFRGS a serem cumpridas para a obtenção do grau de Enfermeiro.

Esta pesquisa tem como objetivo acompanhar o desenvolvimento da gestação em mulheres que utilizam o Programa de Saúde da Família - Cruzeiro do Sul. Ela será realizada mediante uma entrevista inicial na residência de cada uma das gestantes selecionadas e também mediante conversas e contatos informais, tanto em sua residência como no posto de saúde. Para tanto solicitamos sua colaboração, no sentido de facilitar no desenvolvimento dessas atividades aqui propostas.

Fica informado que

- Tens a garantia de esclarecimento de qualquer dúvida sobre o estudo;
- Não serás identificada (pois terá seu nome trocado);
- Poderás desistir de participar, em qualquer momento do estudo; e,
- Este trabalho será usado unicamente para fins de conhecimento científico.

Este trabalho pretende, com seus resultados, contribuir com os profissionais da saúde que atuam junto à mulheres no ciclo gravídico-puerperal no sentido de tomar conhecimento sobre inquietações presentes nas mulheres enquanto gestantes e com isso poder melhor orientá-las.

Assinatura da Pesquisadora: Michelle Demichei

Assinatura da Orientadora: Gema Conte Piccinini

Ciente e de acordo,

Assinatura da gestante

Porto Alegre ____/____/____

Para qualquer esclarecimento o telefone de contato é: (51) 96847670 em nome de Michelle Demichei (pesquisadora) e Gema Conte Piccinini (orientadora).

APÊNDICE B**PLANO DE VISITA DOMICILIAR**

Nome:

Endereço:

Escolaridade:

Idade:

Estado marital:

Quantos filhos tem:

Agente Comunitária:

Quantas gestações teve:

Justificativa:

DUM:

DPP:

Objetivos:

Plano de Ação:

Recursos:

Data provável da 1ª visita:

APÊNDICE C

SOLICITAÇÃO PARA O COMITÊ DE ÉTICA DA SMS

Porto Alegre, novembro de 2002.

Ilmo Sr^a.

Maria Regina Vernieri Brito
 Coordenadora do Comitê de Ética
 Secretaria Municipal de Saúde
 Prefeitura Municipal de Porto Alegre
 N/CAPITAL

Sr^a. Coordenadora

Por meio deste, solicitamos a autorização para desenvolver o trabalho de conclusão vinculado à Disciplina Estágio Curricular de Graduação em Enfermagem – UFRGS.

O projeto intitulado “Projeto Assistencial: Acompanhamento domiciliar à gestantes – um incentivo ao autocuidado”, objetiva: acompanhar o desenvolvimento da gestação em mulheres que utilizam o Programa Saúde da Família – Cruzeiro do Sul, sendo que especificamente: verificar o conhecimento que essas mulheres demonstram ter sobre as mudanças fisiológicas do organismo no período gestacional; identificar dúvidas sobre a anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis, entre outras que possam surgir no decorrer dos encontros; orientar sobre o cuidado com a sua saúde e a de seu futuro bebê; e, incentivar o aleitamento materno.

Para elaboração desse estudo será preciso a identificação da gestante junto ao posto de saúde e posteriormente a visita domiciliar às gestantes selecionadas. Para tanto, requeremos a avaliação deste projeto autorizando a pesquisa.

O período destinado à coleta de dados, segundo o cronograma, compreende os meses de dezembro a janeiro de 2003.

A partir dos dados coletados e análise dos mesmos, pressupõe-se conhecer as gestantes investigando as informações que possuem e, esclarecendo-as quanto à gestação e suas implicações. É também objetivo desta pesquisa colaborar com os profissionais de saúde para que promovam melhor qualidade de atendimento e acompanhamento das gestantes.

Atenciosamente,

Prof^a. Ms. Gema Conte Piccinini
EENF-UFRGS

Michelle Demichei
**Acadêmica de Enfermagem
 EENF-UFRGS**

ANEXO

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
EQUIPE DE CONTROLE EPIDEMIOLÓGICO

Parecer da Comissão de Ética e Pesquisa

Trabalho: "Projeto assistencial: acompanhamento domiciliar à gestantes - um incentivo ao autocuidado."

Autor: Michelle Demichei

Trabalho de Conclusão de Estágio Curricular em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Orientação: Professora Gema Conte Piccinini.

Os aspectos éticos estão adequados, portanto aprovo o projeto para ser desenvolvido em Serviço desta Secretaria. Ao término da pesquisa a enfermeira deverá entregar cópia do trabalho para a Assessoria de Planejamento e Programação desta Secretaria.

Porto Alegre, 11 de dezembro de 2002.


Maria Regina Varnieri Brito
Chefe da Equipe de Controle Epidemiológico
Mestre em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ
Doutorando em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ