



MODELO CALGARY: ACOMPANHANDO UMA GESTANTE EM VULNERABILIDADE SOCIAL

**MARTINS, Adriana Donay¹; PINHEIRO, Guilherme Emanuel Weiss²;
SOARES, Deisi Cardoso³**

¹*Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel, relatora, adridonay@hotmail.com*

²*Acadêmico do 6º semestre de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel, bolsista de Iniciação Científica CNPq, gui_ewpinheiro@yahoo.com.br*

³*Enfermeira, Mestre em enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel, orientadora, deisyj@bol.com.br*

INTRODUÇÃO

Há alguns anos atrás grande parte da população não possuía o direito de acesso aos serviços de saúde. Em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, trabalhadores, gestores e sociedade civil organizada se reuniram e discutiram outra forma de atenção a saúde no país. Desse encontro surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), que logo em 1988 foi instituído com um sistema único de atenção a saúde no Brasil, regulamentado pelas leis 8080/1990 e 8142/1990.

A legislação brasileira diz que o acesso a saúde é um direito de todos e dever do estado, cabendo a este proporcionar meios de atenção e acesso a população, sendo considerado um direito universal e igualitário. Este sistema possui princípios que o norteiam, sendo eles: Universalidade, Equidade, Integralidade, Controle Social, Descentralização Político Administrativa, Qualidade, Co-responsabilização, entre outros.

Hoje vivemos em um contexto onde se preconiza o atendimento integral do indivíduo, colocado em um território, onde uma equipe interdisciplinar atua, promovendo a saúde e prevenindo doenças, como também trabalhando no diagnóstico e tratamento. E só se vive isso hoje, devido à história das políticas de saúde, quando em 1991 surgiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) que visava atender a população em seu território, sob uma nova ótica: a do coletivo, a da saúde e a da equipe, contrapondo o modelo anterior que era centrado no individual, na doença e no médico. Como esse programa melhorou os níveis de saúde da população, em 2006, o Ministério da Saúde transformou-o em uma estratégia, a Estratégia Saúde da Família (ESF), buscando ser porta de entrada no sistema com base na racionalidade.

Com essa estratégia surgem vários mecanismos de atenção, entre eles a visita domiciliar (VD) que é considerada por Santos (2003) como um espaço

privilegiado para diálogo e produção de saberes, com vistas à transformação da realidade. A visita tem um papel fundamental na atuação da equipe na comunidade, pois através dela os profissionais têm a possibilidade de conhecer a realidade da população lá onde ela vive, dificuldades, anseios, necessidades, conquistas e ainda promove saúde e traz o conhecimento popular para o serviço. Nesse sentido ela é um caminho de superação que promove o encontro dos saberes, como por exemplo, o acadêmico e o leigo (PERES; DAL POZ; GRANDE; 2006).

Através da VD entramos em contato direto com a vulnerabilidade social da população. A vulnerabilidade pode ser considerada a incapacidade de exercer a liberdade, seja ela social, política e econômica de uma pessoa ou comunidade (SANCHEZ, BERTOLOZZI; 2007). A partir disso, fizemos a opção de acompanhar uma gestante em vulnerabilidade social. Percebemos situações de risco que envolvia a família, tais como, violência doméstica, condições sócio-econômicas precárias, dependência química, baixa escolaridade, entre outros.

O Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF) foi elaborado por enfermeiras Canadenses, visando à atenção integral a família, buscando o levantamento de problemas e a intervenção sobre os mesmos, de forma pactuada com a família. Com o acompanhamento mais próximo das famílias através de VD's, esse modelo se torna viável nos serviços de saúde. Este estudo teve por objetivo apresentar um acompanhamento realizado com uma gestante e sua família utilizando o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF).

METODOLOGIA

Este estudo surgiu como proposta do componente curricular Unidade do Cuidado na Atenção Básica I, o qual se caracteriza por um estudo de caso, com acompanhamento de uma família, com ênfase na gestante. Utilizados dados de fonte primária (entrevista aberta e consulta de Pré-Natal) e fonte secundária (prontuário e ficha de gestante) no período de junho a julho, de 2009. O sujeito do estudo concordou com as propostas e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi aplicado o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF) através dos instrumentos Genograma e Ecomapa. O local do estudo foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um bairro de um município da região sul do Rio Grande do Sul. A escolha do sujeito ocorreu através de uma visita domiciliar para captação ao pré-natal.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A gestação é um processo de grandes mudanças na vida da mulher e de sua família, tanto psicológicas quanto fisiológicas, e por isso, tornam-se vulneráveis a várias situações, que podem causar riscos a sua saúde. Nesse sentido, o estudo apresentou situações que confirmam esse contexto de susceptibilidade. Os resultados apresentados foram divididos em três eixos principais: o histórico; a realização do pré-natal; e os problemas encontrados e as intervenções.

No que diz respeito ao histórico, o sujeito tem 26 anos, gestante múltipara (5 gestações, 3 partos e 1 aborto), vive com o companheiro e com 2 filhos, visto que o filho mais velho, resultado da primeira união, está sob os cuidados da avó paterna. Estudou até a 5ª série do ensino fundamental, trabalhou de babá, doméstica e atualmente é dona de casa.

A relação com o atual companheiro é conturbada, separaram-se várias vezes, já foram registradas diversas queixas contra ele na delegacia da mulher. Refere que o principal problema é que o companheiro não trabalha e faz uso de substâncias químicas, como evidenciado na fala a seguir: “[...]antes trabalhava... não de carteira assinada, usava maconha, mas agora ta demais[...]”.

Possui uma rede de suporte social frágil, visto que, tem como suporte apenas a avó materna, tem poucos amigos, sua mãe convive com transtornos mentais (depressão profunda), mostra-se desgastada e alterada emocionalmente. Além disso, vive em condições sócio-econômicas precárias, de habitação, alimentação, acesso a bens de consumo. Vê na escola de educação infantil do bairro, a qual os filhos freqüentam como algo que auxilia na manutenção da vida, como a própria ressalta: “[...] acho bom... é como um refúgio, nem sempre tenho comida em casa, só me preocupo de não deixar faltar nada pra noite, que é a hora que eles tão em casa[...]”.

Avaliando o genograma e o ecomapa, constatamos que sua família é nuclear, ou seja, formada apenas por pai, mãe e filhos. E ainda nesse contexto existem pessoas as quais a gestante tem maior vínculo e outras com vínculos estressantes.

Nas gestações anteriores, ela não realizou o acompanhamento de pré-natal, por isso, existia uma grande preocupação da equipe de Saúde da Família em captá-la ao programa. Assim, realizamos visitas domiciliares e a partir disso conseguimos trazê-la para o serviço e iniciar o acompanhamento pré-natal.

No estudo foi realizado o levantamento de problemas vivenciados pela gestante e sua família e também realizadas intervenções específicas. Como segue a baixo:

- a) Para a falta de acompanhamento (pré-natal) nas gestações anteriores, realizamos VD para captação ao pré-natal;
- b) Para a dificuldade sócio-econômica, a encaminhamos para a Assistente Social a fim de realizar o cadastro no Programa Bolsa Família;
- c) Em relação à insatisfação social e conjugal, rejeição a gestação, pensamentos suicidas; Foram realizadas conversas e abordagens para incentivar a aceitação dessa gestação, sendo os filhos e esse novo bebê motivação para enfrentar essa etapa difícil;
- d) Sobre a não realização dos exames laboratoriais, a mesma foi acompanhada pela ACS para realização dos exames;
- e) No que diz respeito à violência doméstica/situação de risco: gestante e filhos, a Assistente social, realizou contato com a delegacia da Mulher, no consentimento e na presença da gestante, e “alinhou” seu encaminhamento para o registro de queixa e contato com o uma casa que acolhe gestantes em risco, no município; e

- f) Quando manifestou interesse em submeter-se a laqueadura, foi realizado contato com um hospital da cidade e informada sobre as etapas do processo.

Nessas consultas conseguimos abordar vários temas pertinentes a gestação, dentre eles, a aceitação a gravidez, a amamentação, a orientação a cerca dos exames de rotina, a escuta ativa de suas demandas pessoais, dentre outros. A partir disso, foi criado um vínculo forte entre a equipe e a gestante, essa ligação possibilitou que ela aderisse às orientações transmitidas e não faltasse a nenhuma das consultas agendadas.

CONCLUSÕES

A partir do histórico e da evolução das políticas públicas de saúde no Brasil, notamos um enorme avanço no que diz respeito ao acesso do usuário ao sistema, tanto em nível primário, quanto secundário. Visto que essa família acompanhada teve a possibilidade de ingressar na unidade sempre que necessitou. Por esse motivo, ficou claro que o vínculo estabelecido entre o usuário e a equipe, foi de fundamental importância para que as intervenções fossem efetivas.

Igualmente, ressaltamos a importância do confronto entre a nossa realidade social e a realidade da família acompanhada. Isso gerou conflitos pessoais (em nós acadêmicos), fazendo com que repensássemos a nossa maneira de olhar para a realidade do outro. Envolvermo-nos profundamente tanto a nível emocional quanto prático, nos sentindo muitas vezes impotentes frente à realidade vivenciada, porém sabendo que não seria possível resolver todos os problemas que presenciamos. Buscamos alternativas viáveis para amenizar situações, as quais a família vive em seu cotidiano.

Nesse sentido precisamos ter o cuidado de intervir de modo efetivo, conforme as possibilidades que temos, ajudando essas pessoas em vulnerabilidade a conseguirem de alguma forma “tomarem as rédeas de suas vidas”.

Estudos como esse são fundamentais para aguçarmos o nosso olhar e a nossa prática perante as realidades das populações que acompanharemos em nosso cotidiano de trabalho. Através disso, torna-se importante olhar para os vários eventos da vida com um olhar desprendido de preconceitos e aberto para as várias formas de organização social, valores, crenças, entre outros. Nesse sentido, buscamos com nossas ações, o acolhimento e a assistência humanizada dentro do contexto do SUS. Com isso, observamos que a atuação do enfermeiro na saúde coletiva é ampla e ocorre em diferentes enfoques, como levantando problemas, realizando intervenções e tudo isso, através da formação de um vínculo com a comunidade e as famílias assistidas por ele.

REFERÊNCIAS:

PERES, E. M.; DAL POZ, M. R. e GRANDE, N. R. Visita domiciliar: espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes. **Rev. enferm. UERJ** [online]. 2006, vol.14, n.2, pp. 208-213.

SANCHEZ, Alba Idaly Munoz; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 319-324. ISSN 1413-8123.

SANTOS, B.S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Editora Cortez; 2003. 348 p.