



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Yerlin Carmenaty Silveira

Estratégias dialógicas para enfrentamento da
Mortalidade Infantil articuladas pela Equipe de Saúde
da Família: Projeto de intervenção com as comunidades
do Bloco Verde, no município Palmas, Paraná, Brasil.

Florianópolis, Abril de 2017

Yerlin Carmenaty Silveira

Estratégias dialógicas para enfrentamento da Mortalidade Infantil
articuladas pela Equipe de Saúde da Família: Projeto de
intervenção com as comunidades do Bloco Verde, no município
Palmas, Paraná, Brasil.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Claudio Claudino da Silva Filho
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Yerlin Carmenaty Silveira

Estratégias dialógicas para enfrentamento da Mortalidade Infantil articuladas pela Equipe de Saúde da Família: Projeto de intervenção com as comunidades do Bloco Verde, no município Palmas, Paraná, Brasil.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Claudio Claudino da Silva Filho
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

O Posto Central de Saúde, situado no centro na cidade de Palmas, contém uma Estratégia de Saúde (ESF) chamada Bloco Verde, a mesma atende 5 comunidades no interior como são: Recanto Bonito, Margem de Irati, Paraíso, São Lorenzo e Horizonte. Além de brindar atenção ao total da população, a população feminina que faz uso da ESF e aquela que se encontra procurando os serviços de saúde relacionados com consultas para acompanhamento de atenção pré-natal, para a realização de exame relacionados, e de precisar, em cada caso, encaminhamentos com outras especialidades que ficam fora do município. O projeto de intervenção terá como objetivo elaborar com a equipe de saúde, um plano de intervenção que contribua na diminuição da mortalidade infantil nas comunidades atendidas pelo posto Bloco Verde. Terá como público alvo grávidas, crianças menores de um ano de vida, as mulheres em idade fértil com risco reprodutivo, que pertençam a nossas comunidades em estudo. Em nossa população, a partir da avaliação de os indicadores de saúde identifiquei-se que o problema da mortalidade infantil afeta seriamente nas crianças menores de um ano, tendo uma alta incidência. Acredita-se que o desenvolvimento deste projeto possa contribuir para a redução das mortes infantis e maternas, proporcionar educação para a população que se encontra em risco reprodutivo, por meio da atenção médica integral e de qualidade, fazer mudanças nos estilos e hábitos de vida na população alvo, aumentar conhecimento em geral dos cuidados durante a gravidez e na primeira semana de vida da criança, aumentar a consciência sobre a importância do aleitamento materno e das imunizações na prevenção de doenças infecciosas para diminuir as mortes e aumentar a esperança de vida da população.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil, Fatores de Risco, Proposta de Intervenção

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Palmas, terra centenária tem sua história iniciada há séculos. Localizada na região dos Campos do Centro Sul do Estado, faz parte do chamado Paraná Tradicional de economia pecuarista. Já a denominação “Campos de Palmas” é atribuída ao major Atanagildo Pinto Martins que comandou uma expedição organizada pela Real Expedição de Conquista dos Campos de Guarapuava por volta de 1814-1819. Esta expedição que tinha por missão buscar uma vereda que ligasse os Campos de Guarapuava aos do Rio Grande, teve por guia o Cacique Yongong que conhecia bem a região a qual os índios denominavam de Campos de “Bituruna” ou “Ibituruna” - “Terra Alta ou Terra das Palmeiras” na significação indígena.¹

Daí a denominação “Campos de Palmas” atribuída pelo Major Atanagildo e hoje, Palmas. Quando da conquista e povoamento da Região de Palmas, os campos e florestas eram habitados pela tribo indígena Kaigangue, hoje confinada na Reserva Indígena “Fioravante Alves”, e que, a princípio hostilizou o elemento branco, unindo-se a este posteriormente, para em conjunto defender-se contra outros grupos indígenas e até colaborando na conquista e defesa do território pretendida pela Argentina (TOMMASINO.; RODRIGUEZ., 2017).²

Historicamente, o povoamento dos “Campos de Palmas” que se expandiu até “Campo Erê” fronteira com a Argentina entre os anos 1860 até 1895, foi de grande importância, porque o “uti possidetis” brasileiro - principal argumento que deu ganho de causa para o Brasil em 1895, quanto à “Questão de Palmas” (limites Brasil - Argentina), provinha, indubitavelmente, da expansão da frente pastoril iniciada pelos pioneiros dos Campos de Palmas a partir de 1839. O elemento branco que conquistou e povoou Palmas nos primeiros tempos é de origem portuguesa. A seguir entram os negros escravos. Após 1880 entraram Alemães, Italianos, Poloneses, Espanhóis e Sírios - Libaneses, além da contínua entrada de portugueses. Após 1950, é grande a entrada de elemento de origem Italiana e a partir de 1980 do elemento de origem japonesa. A fusão de todos esses elementos humanos, vem originando através dos tempos da História de Palmas, uma sociedade batalhadora, progressista e sobre tudo hospitaleira. (RODRIGUEZ, 2017)

Atualmente o município teve seu maior crescimento da população em 2014, com um total de 46.996 habitantes, com uma média térmica anual em torno dos 15°C. Em quanto ao clima e de tipo sub-tropical e úmido, sendo Palmas a cidade mais fria do Paraná, com inverno rigoroso e geadas frequentes, o mês mais quente: Janeiro 20,3°C e mês mais frio: Julho 11,6°C. Com uma área de: 1.691,75km² e limites geográficos seguintes: General Carneiro, Clevelândia, Bituruna, Coronel Domingos Soares, e Abelardo Luz (SC), o tipo de economia prevalece a agricultura, fruticultura e pecuária.² O município foi durante muito tempo o mais importante polo de ensino superior para o sudoeste do

estado. Ainda hoje, concentra boa parte das vagas disponíveis para a região. Conta com duas escolas municipais, uma estadual e uma universidade. A cidade já possui alguns clubes no Campeonato Paranaense de Futebol, dentre eles a Associação Esportiva Vila Nova e o Clube Esportivo Caxias.³

A rede de saúde esta conformada pelo um posto central de saúde e unidade pronto atendimento, sete estratégias da saúde da família, além disso , conta com um hospital com atendimento pelo SUS ,que possui unidade cirúrgica, obstétrica, pediátrica e atendimento geral A Unidade Básica de Saúde Bloco Verde , pertencente ao Posto Central, e composta por 5 comunidades: Recanto Bonito, Margem de Irati, Paraiso, São Lorenzo e Horizonte, maioria no interior, e provenientes dos movimentos pela terra o em busca de terra como também se lê conhece, atende o total de 2035 habitantes, organizadas em 410 famílias. Desta população 1063 são homens e 972 são mulheres. As idades se comportam da seguinte maneira: 0-19(775) 20-59 (1035), 60+(229) para um total de 2035 pessoas. A escolaridade e de media a baixa, embora os serviços educacionais brindem cobertura em um 90 % as 5 comunidades ,tendo cada comunidade uma escola Municipal . Em quanto a renda familiar podemos decir que elas tem inclusão no programa Bolsa Família mais as maiorias só recebem o salario mínimo , tendo apoio e geração de ingressos também nas atividades da agricultura. As dificuldade no transporte afeta o total das comunidades ,tendo pouca cobertura, e somente um ônibus que brinda serviços duas vezes por semanas ,no resto dos dias e por conta própria ,o qual causa muita insatisfação em nossas comunidades. A eletricidade esta presente em quase o total das casas, e as fontes de agua provenientes a maioria delas nos rios, não e tratada adequadamente. O saneamento básico e de fossa séptica, a madeira e o principal material que esta feitas as casas.

Segundo o cadastro da UBS no posto central (SIAB 2015) há 376 Hipertensos para uma prevalência d 18,4% e 115 Diabéticos para uma prevalência de 5,6% . No serviço e realizado o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas não transmissível e transmissível. As principais doenças que levam a população a procurar o serviço são Hipertensão Arterial (HAS) ,Diabetes Mellitus (DM), Infecções Respiratórias , Parasitarias e Hipercolesterolêmia .

Para adequado acompanhamento de essas doenças e o correto diagnostico e necessário identificar os fatores de risco, mais frequentes que coleavam a população ao padecimento delas (obesidade, tabagismo, sedentarismo, hábitos alimentarios inadequados, estres, idade sexo, etc.) .Durante o ano 2015 não se reportaram casos de Tuberculose ni Hanseníase, assim como tampouco no período de estudo(9 meses). O índice de dentes perdidos, obturados ou cariados (CPO-D) não foi possível obter, porque não contamos com Odontologista.

As principais queixas que levaram a população a procurar atendimento de saúde em 2015 segundo dados obtidos em UBS , foram: Hipertensão arterial descompensada. Diabetes mellitus descompensada. Infecções Parasitarias, Infecções respiratórias agudas e.

Hipercolesterolêmica, Dores Lombares e Transtornos psiquiátricos.

A proporção de crianças com esquema vacinal em dia no ultimo mês som de 35 para um (93 %) a proporção de gestantes que tiveram sete ou mais consultas durante o pre – natal e foi de (5). As principais causas de morte dos residentes dela comunidade são as seguintes : Acidentes vascular cerebral, Infarto Agudo no Miocárdio, Acidentes do transito, doenças Endocrino-Metabolicos e Câncer do distintas localizações.

Sabemos que fatores de ordem social, educacional e de assistência a saúde, geram altas taxas de mortalidade infantil em menores de um ano, e por isso que em quanto a saúde materno infantil e analisando os indicadores de saúde das comunidades atendidas foram registradas neste tempo 6 óbitos de 67 crianças nascidas vivas , sendo as possível causas alto índice de mães jovens e idosas , condições de pobreza e baixo nível educacional. Nossa equipe de saúde ao identificar esta situação ,começo a trabalhar na pesquisa de fatores de riscos e identificação das causas más a fundo para melhorar este problema de saúde em nossa área de abrangência.

A taxa de mortalidade infantil é obtida por meio do número de crianças de um determinado local (cidade, região, país, continente) que morrem antes de completar 1 ano, a cada mil nascidas vivas. Esse dado é um aspecto de fundamental importância para avaliar a qualidade de vida, pois, por meio dele, é possível obter informações sobre a eficácia dos serviços públicos, tais como: saneamento básico, sistema de saúde, disponibilidade de remédios e vacinas, acompanhamento médico, educação, maternidade, alimentação adequada, entre outros. Esse é um problema social que ocorre em escala global, no entanto, as regiões pobres são as mais atingidas pela mortalidade infantil. Entre os principais motivos estão: a falta de assistência e de orientação às grávidas, a deficiência na assistência hospitalar aos recém-nascidos, a ausência de saneamento básico (desencadeando a contaminação de alimentos e de água, resultando em outras doenças) e desnutrição.

No Brasil, assim como na maioria dos outros países, essa taxa está reduzindo a cada ano. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a mortalidade infantil no Brasil segue em declínio. Em uma década (1998 – 2010) passou de 33,5 crianças mortas por mil nascidas vivas para 22. Até 2015, a meta é reduzir esse número para 17,9 óbitos por mil. A expectativa é de que esse objetivo seja cumprido ainda antes do prazo, mas a desigualdade ainda é grande: crianças pobres têm mais do que o dobro de chance de morrer do que as ricas, e as nascidas de mães negras e indígenas têm maior taxa de mortalidade.⁴

Em 1983 o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), buscando contemplar ações educativas, preventivas, diagnósticas, de tratamento e recuperação, incluindo a assistência clínica ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério e planejamento familiar, assim como as doenças sexualmente transmissíveis e câncer de colo de útero, com o objetivo de ampliar a assistência voltada a mulher.⁵

Posteriormente foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), no ano 2000, tendo como meta o atendimento humanizado, a melhoria nas condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, objetivando a diminuição da mortalidade materna e perinatal.⁶ Visionando preencher lacunas deixadas anteriormente instituiu-se em 2004 a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) objetivando a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, além de estabelecer avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.⁷

Já em 2011 a Rede Cegonha (ainda não concertada em nosso município) foi implantada com o intuito de complementar o PHPN através de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até 24 meses, baseada em uma reorganização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, com proposta de intensificar a redução da mortalidade materna e infantil.⁸ A saúde feminina se tornou um desafio a ser superado e acabou por formular o quinto objetivo do milênio, elencado no ano 2000 a partir da reunião com os líderes de 189 países membros das Nações Unidas, denominada de “Cúpula do Milênio”. Neste encontro, o tema central foram os desafios sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais que deveriam dominar as agendas de países, instituições, organismos internacionais, ONGs e sociedade civil no limiar do século que se iniciava.⁹

A partir disso foram formulados 8 objetivos, sendo o 4º reduzir a mortalidade infantil, e o 5º melhorar a saúde das gestantes, e ficou acordado que todos os 189 países devem alcançar até o ano de 2015.¹⁰ A Rede Mãe Paranaense foi definida como uma rede prioritária no Plano de Governo para a Saúde 2011 a 2014 no estado Paraná. Essa prioridade foi baseada na análise dos indicadores de mortalidade infantil e materna, que apresentava a estagnação dos indicadores ao longo dos últimos anos, uma grande desigualdade entre as regiões de saúde e a ausência de todos os pontos de atenção organizados para atender as gestantes e as crianças. E acima de tudo o elevado percentual de mortes maternas (81%) e infantis (61%) evitáveis.¹¹ A implantação da Rede Mãe Paranaense está fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde proposta por Mendes (2010). Hoje a rede esta em via de desenvolvimento em nosso município, sendo a visão cumprir com os objetivos para os quais foram criada e assim melhorar a saúde materno –infantil contribuindo a diminuir as taxas de mortalidades de ambas.¹³

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Elaborar dialogicamente, entre a comunidade e a equipe de saúde da família, estratégias que contribuam para enfrentamento e diminuição da mortalidade infantil nas comunidades de abrangência do Posto Central, no município de Palmas, Paraná, Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Ampliar e qualificar o acompanhamento pré-natal, pautado em normativas nacionais e internacionais que apontem evidências para boas práticas;
- Garantir o acompanhamento de puericultura e vacinal das crianças menores de um ano;
- Realizar ações de promoção e educação em saúde com mulheres e seus/suas familiares os/as quais estejam em situações de vulnerabilidade em relação à mortalidade infantil;
- Fortalecer a articulação da equipe de saúde da família com os outros setores e serviços da Rede loco-regional, baseado na Política Nacional de Humanização e nas premissas da Rede Cegonha.

3 Revisão da Literatura

O óbito infantil é um importante indicador da saúde de mulheres e crianças, constituindo-se em um evento sentinela devido a sua evitabilidade. Relaciona-se aos determinantes biossocioculturais e assistenciais, e a sua redução depende da melhoria efetiva nas condições de vida e de políticas públicas de saúde. As falhas na atenção à gestante, ao parto e ao recém-nascido são particularmente relevantes na ocorrência dos óbitos no primeiro ano de vida. As mortes infantis permanecem como problema de saúde pública no mundo, principalmente em países e regiões mais pobres. Por esse motivo, a Organização das Nações Unidas considerou a redução da mortalidade na infância em 2/3 como um dos oito objetivos de desenvolvimento do milênio a ser alcançado até 2015.

No Brasil, os avanços foram expressivos, com o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) decrescendo de 26,1, em 2000, para 14,0/1000 nascidos vivos em 2011, perfazendo uma redução de 41,5% nesse período. A taxa de mortalidade infantil é obtida por meio do número de crianças de um determinado local (cidade, região, país, continente) que morrem antes de completar 1 ano, a cada mil nascidas vivas.

Esse dado é um aspecto de fundamental importância para avaliar a qualidade de vida, pois, por meio dele, é possível obter informações sobre a eficácia dos serviços públicos, tais como: saneamento básico, sistema de saúde, disponibilidade de remédios e vacinas, acompanhamento médico, educação, maternidade, alimentação adequada, entre outros. Esse é um problema social que ocorre em escala global, no entanto, as regiões pobres são as mais atingidas pela mortalidade infantil. Entre os principais motivos estão: a falta de assistência e de orientação às grávidas, a deficiência na assistência hospitalar aos recém-nascidos, a ausência de saneamento básico (desencadeando a contaminação de alimentos e de água, resultando em outras doenças) e desnutrição.

A taxa de mortalidade infantil no Brasil, assim como na maioria dos outros países, está-se reduzindo a cada ano. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a mortalidade infantil no Brasil segue em declínio. Em uma década (1998 – 2010) passou de 33,5 crianças mortas por mil nascidas vivas para 22. Até 2015, a meta é reduzir esse número para 17,9 óbitos por mil. A expectativa é de que esse objetivo seja cumprido ainda antes do prazo, mas a desigualdade ainda é grande: crianças pobres têm mais do que o dobro de chance de morrer do que as ricas, e as nascidas de mães negras e indígenas têm maior taxa de mortalidade.

O êxito brasileiro quanto à meta do milênio, sobre a mortalidade na infância, foi decorrente da inquestionável diminuição da pobreza observada nos últimos anos, fruto de políticas públicas compensatórias Inter setoriais, a exemplo do Programa Bolsa Família. No âmbito do setor saúde, a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) contribuiu para fortalecer as ações primárias de saúde, particularmente aquelas direcionadas às mu-

lheres, planejamento familiar e pré-natal, e às crianças, por meio do incentivo ao aleitamento materno, imunização e atenção às doenças prevalentes na infância. Ademais, ocorreu uma significativa redução na fecundidade favorecendo o descenso da mortalidade infantil.

O componente neonatal (0 a 27 dias de vida) mantém a taxa mais elevada do componente de mortalidade infantil (0 a 364 dias), em especial, o neonatal precoce que compreende o período do nascimento até 7 dias. A taxa de mortalidade no período neonatal, em 1990, era de 23,1 óbitos para cada 1.000 NV, em 2000, 16,7 e, em 2010, 11,1/1.000 NV. Os maiores riscos continuam sendo os associados à qualidade da atenção pré-natal, atendimento ao parto e cuidados com o recém nascido. O componente pós-neonatal (28 a 364 dias de vida) apresentou queda mais significativa de 24/1.000 NV, em 1990, para 9,4 em 2000 e 4,9, em 2010. Nesse período, prevalece a suscetibilidade às condições socioeconômicas, saneamento básico, atenção à saúde e acesso aos serviços preventivos e curativos.

A maioria dos óbitos ocorre nos primeiros dias de vida ainda nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, consequências do parto prematuro, asfixia intraparto e afecção gestacional. Por outro lado, espera-se que as crianças que recebem alta das maternidades após nascimento sejam acompanhadas pelo serviço de saúde para vigilância do crescimento e desenvolvimento, por se tratar de um grupo etário que é mais suscetível e vulnerável a agravos, sempre avaliando o contexto socioeconômico, ambiental e cultural. Também é o mais necessitado de recursos, cuidados, infraestrutura que, se inexistirem ou forem insuficientes, exporão crianças a maior risco de adoecer e morrer. Por esta razão, desde a década de 1970 programas foram implementados para que haja a vigilância em saúde pela equipe de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual, considerando o perfil epidemiológico e as peculiaridades regionais, deve intervir com medidas de prevenção, promoção e reabilitação nos diferentes níveis de atenção, assegurando-se os direitos constitucionais da mulher e criança.

Em 1983 o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), buscando contemplar ações educativas, preventivas, diagnósticas, de tratamento e recuperação, incluindo a assistência clínica ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério e planejamento familiar, assim como as doenças sexualmente transmissíveis e câncer de colo de útero, com o objetivo de ampliar a assistência voltada a mulher. (SAÚDE; SAÚDE, 2011)

Posteriormente foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), no ano 2000, tendo como meta o atendimento humanizado, a melhoria nas condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, objetivando a diminuição da mortalidade materna e perinatal. Visionando preencher lacunas deixadas anteriormente instituiu-se em 2004 a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) objetivando a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, além de estabelecer avanços no campo dos direitos sexuais e re-

produtivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. (KG; ETS; SGN, 2014)

Já em 2011 a Rede Cegonha (ainda não concertada em nosso município) foi implantada com o intuito de complementar o PHPN através de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até 24 meses, baseada em uma reorganização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, com proposta de intensificar a redução da mortalidade materna e infantil.(CB; JG, 2011)(GL; CTM; ERF, 2009)

A Rede Mãe Paranaense foi definida como uma rede prioritária no Plano de Governo para a Saúde 2011 a 2014 no estado Paraná . Essa prioridade foi baseada na análise dos indicadores de mortalidade infantil e materna, que apresentava a estagnação dos indicadores ao longo dos últimos anos, uma grande desigualdade entre as regiões de saúde e a ausência de todos os pontos de atenção organizados para atender as gestantes e as crianças. E acima de tudo o elevado percentual de mortes maternas (81%) e infantis (61%) evitáveis. A implantação da Rede Mãe Paranaense está fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde proposta por Mendes (2010). Hoje a rede esta em via de desenvolvimento em nosso município, sendo a visão cumprir com os objetivos para os quais foram criada e assim melhorar a saúde materno-infantil contribuindo a diminuir as taxas de mortalidades de ambas. (MJ, 2007)

4 Metodologia

Esta etapa será fundamental para alcançar os objetivos propostos neste projeto de intervenção, o qual tem como público alvo gestantes, crianças menores de um ano de vida, e mulheres em idade fértil com risco reprodutivo, que pertençam a área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Bloco Verde no posto central, com o objetivo de elaborar um plano de ações que contribua na diminuição da mortalidade infantil nas comunidades atendidas.

Dentre as ações pretendidas estão, garantir o acompanhamento pré-natal a 100% das gestantes, com acompanhamento contínuo e de qualidade, além garantir o acompanhamento de consultas de puericultura para as crianças até um ano de idade, com qualidade e resolutividade, e realizar ações de promoção e prevenção em saúde para as mulheres com risco reprodutivo, para assim dar ampliação e melhoria da qualidade do pré-natal, vincular a gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, dar boas práticas e segurança na atenção ao parto e ao nascimento, assim como acesso às ações do planejamento reprodutivo. Estas ações serão realizadas no próprio acompanhamento pré-natal e de puericultura, também por meio de palestras, vídeos e outras ações educativas.

Estas ações de saúde serão realizadas na própria unidade de saúde, o projeto de intervenção será realizado no período de um ano, com a participação e responsabilidade de todos os profissionais da Unidade Básica de Saúde e do equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com a participação do médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ginecologista, agente comunitário de saúde, nutricionista, dentista, e psicologista, estimulando a todos os profissionais da unidade a planejar juntos, e desenvolver ações para serem trabalhadas no projeto de intervenção.

5 Resultados Esperados

Por meio da realização deste projeto de intervenção espera-se diminuir as mortes infantis e maternas, proporcionar educação para população que encontra-se em risco reprodutivo por meio da atenção médica integral e de qualidade, fazer mudanças nos estilos e hábitos de vida na população alvo, aumentar conhecimento em geral dos cuidados durante a gravidez, e na primeira semana de vida da criança, aumentar a consciência sobre a importância do aleitamento materno e das imunizações na prevenção de doenças, orientar sobre as consequências de uso de hábitos tóxicos, e de forma geral, brindar educação em saúde a esta população de risco, para diminuir as mortes e assim aumentar a esperança de vida da população.

Além de isso, espera-se que toda a equipe de saúde esteja empenhada em aprender cada vez mais sobre este tema, para saber identificar fatores de risco, dar solução aos problemas existentes, e assim contribuir na redução na mortalidade infantil.

Referências

- CB, A.; JG, C. Desempenho de indicadores de processo do programa de humanização do pré-natal e nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Saúde Pública [periódico online]*, v. 27, n. 6, p. 641–1053, 2011. Citado na página 17.
- GL, F.; CTM, V.; ERF, M. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Rev. Eletr. Enf. periódico online.*, v. 11, n. 2, p. 8–424, 2009. Citado na página 17.
- KG, M.; ETS, N.; SGN, G. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do programa de humanização do pré-natal e nascimento e rede cegonha. *Bras Ginecol Obstet (periódico online)*, v. 36, n. 2, p. 56–64, 2014. Citado na página 17.
- MJ, R. As metas socioeconômicas denominadas objetivos de desenvolvimento do milênio da ONU: os percalços de um projeto de combate à pobreza absoluta e à exclusão social. *Convergência. Rev de ciencias sociales (periódico online)*, v. 14, n. 43, p. 169–209, 2007. Citado na página 17.
- RODRIGUEZ, E. R. *Historia. Prefeitura de Palmas*. 2017. Disponível em: <<http://www.google.com.br/pmp.pr.gov.br/historia2.php>> Acesso em: 02 Mar. 2017. Citado na página 9.
- SAÚDE, M. da; SAÚDE, S. de Atenção à. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas., 2011. Citado na página 16.
- TOMMASINO., K.; RODRIGUEZ., R. C. *Povos indígenas do Brasil: Kaingang*. 2017. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/kaingang/287>>. Acesso em: 02 Mar. 2017. Citado na página 9.