



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

Leticia Staidel

Implantação da assistência ao Pré-Natal na ESF Olavo
Francisco Fuck em Residencia Fuck, municipio de
Monte Castelo - SC.

Florianópolis, Abril de 2017

Leticia Staidel

Implantação da assistência ao Pré-Natal na ESF Olavo Francisco
Fuck em Residencia Fuck, municipio de Monte Castelo - SC.

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: Eleonora D'orsi
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Leticia Staidel

Implantação da assistência ao Pré-Natal na ESF Olavo Francisco
Fuck em Residência Fuck, município de Monte Castelo - SC.

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

Eleonora D’orsi
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

O município de Monte Castelo se localiza no planalto Norte de Santa Catarina, com uma população de 8346 habitantes. O Distrito de Residencia Fuck fica na zona rural e se localiza á 30 km da zona urbana com uma população de 1672 habitantes. O Serviço da ESF é caracterizado como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado da saúde. O pré-natal deve ser umas das prioridades da equipe e quando este é de qualidade ele evita tanto a mortalidade materna como a infantil. Considerando que na Atenção Básica, as consultas de pré-natal e puerpério podem ser realizadas pelo profissional médico ou enfermeiro, o projeto se justifica devido às evidências de que a assistência pré-natal adequada e o acesso precoce a essa assistência podem interferir positivamente nos resultados maternos e perinatais. Objetivo: Elaborar uma proposta de atendimento ao pré-natal de baixo risco, iniciando precocemente a primeira consulta e realizando as demais consultas de acordo ao caderno de atenção básica – Atenção ao pré-natal de baixo risco do ministério da Saúde. **Metodologia** As consultas de pré-naal serão realizadas na ESF Olavo Francisco Fuck na localidade de Residencia Fuck em Monte Castelo – SC pela médica da ESF com as gestantes da área de abrangência, será disponibilizada inicialmente uma manhã por semana para o atendimento mediante agendamento prévio e o grupo de gestantes e pais uma vez ao mês. Srá envolvida toda a equipe da ESF. Cada membro da equipe tem sua função desde a busca ativa de gestantes, a estimulação das gestanes a ida a consulta até o encaminhamento ao serviço especializado por um risco evidente. **Resultados esperados** Acompanhamento de qualidade as gestantes com o mínimo de 6 consultas e diminuição das complicações da gestação. Maior adesão e conforto as consultas pois as gestantes não precisarão mais se deslocar cerca de 30km para as consultas. Através do fornecimento de orientações à futura mãe e pai espera-se diminuir as cesarianas sem indicação precisa, pelo estímulo ao parto normal com segurança.

Palavras-chave: Saúde da Família, Saúde da Mulher, Rede Cegonha, Diminuição da mortalidade materna e infantil

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

Reconhecimento do contexto social da sua comunidade

Trabalho no Distrito de Residência Fuck que originou-se devido a passagem dos tropeiros que vinham do Rio Grande do Sul para São Paulo dando o primeiro nome de Encruzilhada devido a que paravam para descansar e pernoitar em um lugar chamado Encruzilhada.

Em 1945 o Sr Francisco Nicolau Fuck vindo da localidade de Canoinhas SC, instalou a empresa Fuck e comercial Fuck LTDA uma serraria e um armazém. Também doou terrenos para construção de uma igreja e uma escola.

Residência Fuck tem esse nome devida a instalação de 1615 residências construídas para abrigar trabalhadores do D.N.E.R. (empresa que realizou trabalhos na BR 116) e em homenagem a Família Fuck.

Em 17 de setembro de 1985, pela lei municipal nº 600, foi criado o Distrito de Residência Fuck do Município de Monte Castelo SC.

O Distrito conta com movimentos sociais como o PETI (programa de erradicação do trabalho infantil), grupo de idosos e HIPERDIA (grupos de hipertensos e diabéticos que acontece a cada 3 meses)

Como entidades e lideranças temos o grupo de associação dos moradores e lideranças de igrejas católicas e evangélicas, há algum tempo atrás a comunidade contou com a ajuda de um vereador eleito do próprio distrito, mas hoje isso já não é mais realidade, a comunidade não tem um representante na câmara dos vereadores.

Os serviços públicos disponíveis e equipamentos sociais são : escola estadual de ensino fundamental e ensino médio, escola municipal pré escolar, ESF Olavo Francisco Fuck com uma equipe de 1 médico, 1 enfermeiro, 3 técnicos de enfermagem, 1 dentista e 9 ACS. A Comunidade conta com 5 igrejas, campo de futebol, ginásio de esportes e praça pública.

Os riscos ambientais e sociais são: obstrução de uma rua onde um bueiro cedeu e ficou um buraco que impede a passagem podendo gerar acidentes, área de desmatamentos, na comunidade não há posto policial (o mais próximo e único da cidade está a 30 km do distrito), ou seja, apresenta uma certa criminalidade entre jovens, muitas vezes por motivos banais, foram feitas escavações para construir a rede de esgoto mas não foi concluída, deixando-as abertas.

Perfil social da comunidade

O distrito apresenta uma população com renda familiar de aproximadamente um salário mínimo, muitas famílias carentes contam com a ajuda da bolsa família (109 famílias beneficiárias), assistência social e das igrejas. Tiram sua renda majoritariamente da agricultura com plantação de tabaco, feijão, milho, soja e também da pecuária. No distrito

está instalado um posto de gasolina e um restaurante que gera muitos empregos para a população.

Sobre a alfabetização dos moradores há um nível pequeno de analfabetos, os mais idosos geralmente apenas concluíram o ensino fundamental pois precisavam trabalhar, mas agora a comunidade conta com uma escola que tem do ensino fundamental ao ensino médio. O município também sempre disponibilizou ônibus escolares que levavam os jovens para estudar no centro e agora para as faculdades de cidades vizinhas, se nota um aumento de pessoas com ensino superior completo.

O distrito não conta com rede de esgoto, os dejetos são jogados em fossas, uma grande parte da comunidade é abastecida com água de um poço artesiano que a comunidade se reuniu e pagou a construção, fazem tratamento da água com hipoclorito de sódio outras casas são abastecidas com água de poços individuais muitas vezes estes não são tratados. Com o lixo muitas famílias queimam seus lixos e há coleta com o caminhão uma vez na semana.

As casas são de material ou de madeira a maioria, existe uma área de ocupação pelos Sem Terra que vivem em barracos de lona. Na verdade a maioria deles tem suas próprias casas mas pela ocupação ficam nos barracos.

O Distrito de Residência Fuck não é um distrito de extrema pobreza, mas tem muito mais coisas para melhorar.

Dados populacionais

População total acompanhada atualmente pela sua Equipe de Saúde da Família é de 1672 pessoas sendo 844 homens e 828 mulheres.

Por Faixa etária 513 têm menos de 20 anos (crianças e jovens), 888 têm entre 20 e 59 anos (adultos) e 271 têm mais de 60 anos (idosos)).

A Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no mês de novembro de 2016 foram 307 casos divididos pela população de 1672 x 100 (constante) é 18.36%.

A Prevalência de Diabetes Mellitus no mês de novembro de 2016 foi 60 casos divididos pela população de 1672 x 100 (constante) é 3.58%.

A Equipe realiza a cada 3 meses o HIPERDIA (grupo de hipertensos e diabéticos), onde realizamos uma breve palestra, falamos dos cuidados com a medicação, alimentação e a importância do exercício físico.

Com respeito aos atendimentos, desde o dia que iniciei as atividades nesta unidade, a principal queixa responsável por 41% dos atendimentos de doenças respiratórias (gripe, amigdalites, resfriados, bronquiolites), pela época invernal aqui sendo uma região que faz muito frio. Em segundo lugar, com 25%, os atendimentos de hipertensos, agora no inverno há um aumento de consultas dos pacientes já conhecidos hipertensos com suas pressões descontroladas. Em terceiro lugar (17%) as infecções urinárias, quarto lugar (11%) lombociatalgias, sendo uma população que sobrevive mais por agricultura, um profissão que exigem muito esforço físico atendo muitos pacientes dos dores na coluna.

Em quinto lugar (6%) muitas mães buscam os atendimento para buscar “remédio para vermes”, uma lenda que no mês de maio e junho todas as crianças e adultos devem tomar o “remédio para verme” sendo que em 95% dos casos não há necessidade.

Os atendimentos realizados na unidade são por demanda espontânea, não há agendamento de atendimentos.

Saúde materno-infantil

No ano de 2015 aconteceram 2 (dois) óbitos em menores de 1 ano de idade cujas causas não consegui encontrar.

O número de crianças com até 1 ano de vida com esquema vacinal em dia no último mês foi de 26 crianças, sendo este o total de crianças da nossa área, se acontece algum atraso as ACS já verificam e logo procuram as famílias orientando-as da importância, mas no momento não temos pendências nesta faixa etária, ou seja temos 100% das crianças menores de 1 ano no último ano com a vacinação completa.

Na realidade a minha equipe e outras 3 equipes (existem 4 no município) não realizam acompanhamento do pré-natal apenas uma unidade onde o obstetra vai uma vez na semana, meio período atende as consultas agendadas, ou seja existem mais o ou menos 20 consultas para um único obstetra o que gera uma consulta muito rápida onde a maior reclamação das gestantes é que não podem tirar suas dúvidas. As crianças são pesadas e medidas todos os meses pois as mães procuram a unidade pelo bolsa família, mas muitas não tem acompanhamento. A unidade está atendendo apenas a demanda espontânea de neonatos e idosos.

Causas de morbidade hospitalar e mortalidade

No ano de 2015 as principais causas de morte foram Infartos, acidentes, brigas como lesões corporais graves, problemas relacionados ao alcoolismo por sangramentos de varizes esofágicas, neoplasias terminais.

E as principais causas de internações em idosos foram pneumonia, desidratação, hipertensão, DPOC, infecção urinária.

Outros aspecto epidemiológico importante refere-se as frequentes infecções gastrointestinais relacionadas principalmente a contaminação da água, acredito que principalmente pela falta de saneamento básico.

Neste projeto o problema que irei intervir é a ausência de pré-natal na Atenção Básica.

Durante o período de trabalho na ESF de Residência Fick percebi que não só em minha unidade mas nas 4 unidades as consultas de pré-natal eram agendadas para o obstetra que comparece no município no ESF do centro em um dia na semana durante meio período. Conseqüentemente a agenda do obstetra fica cheia, com umas 20 consultas ou até mais.

Entre abril e novembro de 2016 foram cadastradas 17 gestantes. Durante a gestação as mulheres necessitam de uma atenção, um tempo na consulta para que façam suas perguntas e um acompanhamento de qualidade, Com a demanda excessiva o obstetra

não tem como demorar muito nas consultas o que gera muita desinformação e queixa das pacientes. Muitas mães principalmente as de “primeira viagem”, sentem-se muito apreensivas com respeito ao parto e aos cuidados com o recém-nascido. No município há apenas um grupo de gestante localizado no centro a 30 km de distancia e por ser longe muitas dessas gestantes da minha área não participam.

A ideia do meu projeto de intervenção é disponibilizar o pré-natal na Atenção básica em um dia na semana para consulta de gestações de baixo risco e um grupo de gestante para que passem tempo juntas, tirem suas duvidas, escutem palestras sobre diversos temas relacionados a gestação, parto, puerpério e cuidados com o bebe. Isso ajudaria a desafogar o obstetra que atenderia as de alto risco com muito mais atenção, poderia sensibilizar os outros médicos que não tem interesse no momento de realiza-las para que iniciem as atividades em suas unidades e assim as gestantes se deslocariam menos em distancia e teriam muito mais informação.

Escolhi este tema, pois me preocupo com as gestantes e sei que por ser um momento delicado elas não podem simplesmente ficar sem respostas para suas dúvidas e temores. Além de ser uma área da medicina que me identifico bastante e trabalhando na área de saúde da família melhoraria a qualidade do atendimento. Com certeza as gestantes que gostarem do atendimento confiariam em nossa equipe, assim podemos criar laços e acompanhar a família. Afinal este projeto esta direcionado a saúde da gestante e da família.

Antes de iniciar o projeto conversei com minha equipe desde os ACS até a enfermeira que apoiaram a ideia, depois entrei em contato com a secretaria que me autorizou a realização do projeto e logo após em conversa com o obstetra que gostou da ideia, se comprometeu a sempre estar ao nosso lado sempre que precisar.

Existe muita tensão entre o obstetra e a administração por esta situação estar toda em suas mãos e alto grau de estresse entre pacientes já que ficam muito tempo na espera das consultas e muitas vezes se o obstetra identifica uma situação de risco deve abandonar a unidade e correr ao hospital da cidade vizinha realizar uma cesárea de emergência por exemplo (o hospital da cidade não tem centro cirúrgico e só é realizado algum parto quando não há tempo de enviar a maternidade referencia que é na cidade vizinha a 20km) deixando as outras gestantes sem suas consultas. Por isso identifico que é hora de implantar o pré-natal na Atenção básica estando assim de acordo com os interesses da comunidade e da unidade de saúde pois é papel da ESF atender a pré-natal de baixo risco.

2 Objetivos

2.1 **Objetivo Geral**

Implantar as atividades do pré-natal de baixo risco na ESF Olavo Francisco Fuck no Distrito de Residência Fuck em Monte Castelo SC.

2.2 **Objetivos Específicos**

Iniciar precocemente o atendimento pré-natal, preferencialmente antes da 12ª semana e classificar risco gestacional a cada consulta. Disponibilizar uma consulta por mês até a semana 32, consultas quinzenalmente da semana 32 a 36 e semanalmente a partir da semana 36.

Disponibilizar um encontro mensal para todas as gestantes com palestras.

3 Revisão da Literatura

A gravidez é uma experiência de vital importância na vida da mulher e de sua família. Durante toda a gestação, ocorrem alterações fisiológicas que envolvem todos os sistemas orgânicos, gerando expectativas, emoções, ansiedades, medos e descobertas, exigindo um profundo conhecimento sobre todas as alterações ocorridas neste período para que, assim, seja oferecida uma adequada assistência à saúde da gestante. (RBR; LAK, 2004) A Atenção Obstétrica e Neonatal, prestada pelos serviços de saúde deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. A humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão. O principal objetivo da atenção obstétrica e neonatal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável, o bem-estar da mulher e do recém-nascido, a redução dos índices de morbimortalidade materna e fetal e a preparação do casal para o exercício da paternidade. (GM et al., 2004) De acordo com o Ministério da Saúde (MS): *A atenção ao pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.* (FILHO et al., 2006)

No final dos anos 90, após quase duas décadas da instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a assistência à saúde da mulher no Brasil permanecia com muitas questões a serem enfrentadas. O Ministério da Saúde havia definido a saúde da mulher como prioritária e sistematizou, a partir de três linhas principais de ações, projetos específicos: melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher.

Essas ações tinham como ponto de partida a necessidade de diminuir a morbi-mortalidade materna e melhorar os resultados perinatais, com a perspectiva da humanização como grande fio condutor.

Analisando as informações do Sistema Único de Saúde (SUS), encontra-se um incremento considerável do número de consultas por mulher que realiza o parto no SUS, nos últimos anos. O aumento mais importante ocorreu entre 1997 e 1998, pela inclusão do acompanhamento pré-natal no conjunto de ações básicas que devem ser desenvolvidas pelos municípios.

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde publicou um guia para a assistência ao parto normal, apresentando as recomendações, baseadas em evidências, sobre as práticas

relacionadas ao parto normal, classificadas em categorias, de acordo com o nível de evidência científica disponível segundo a classificação de Mulrow. As recomendações objetivam garantir os direitos das mulheres e diminuir as intervenções desnecessárias, questionando procedimentos realizados sem nenhum critério científico, apenas por hábito ou rotina. Esse guia, posteriormente traduzido ao português, foi bem recebido em todo mundo e, especialmente, na América Latina e no Brasil. Representou ainda a inspiração para a elaboração do respectivo manual técnico pelo Ministério da Saúde.

O Programa instituiu critérios para qualificar a assistência e um sistema de informações, o SISPRENATAL, para monitorar o cumprimento dos mesmos e acompanhar indicadores de qualidade definidos pelo PHPN. Até dezembro de 2002, 72% dos municípios do país aderiram ao Programa e, em junho de 2002, 3183 desses municípios apresentaram produção, constituindo um banco de dados com 720.871 mulheres. O indicador de cobertura do programa mostrou um incremento importante entre 2001 (9,25%) e 2002 (27,92%), com o cadastramento de 555.979 mulheres no segundo ano, a maioria inscrita com até 120 dias de gestação. O percentual de mulheres que realizou seis ou mais consultas de pré-natal foi próximo de 20% e a conjugação deste critério com a consulta puerperal e/ou os exames obrigatórios, reduziu esse percentual para a metade. O registro da vacina antitetânica cresceu 100% de 2001 para 2002, enquanto o percentual de solicitações de exames para a detecção de sífilis foi a metade em relação a solicitações de exames para o HIV nesses dois anos. Apenas 2% das mulheres cadastradas em 2001 e 5% em 2002 realizaram o conjunto de todos os critérios assistenciais estabelecidos. Apesar dos baixos percentuais registrados, a comparação dos indicadores de qualidade de assistência revelou crescimento de 2001 para 2002.([SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2017](#))

Outro ponto importante que marcou o desenvolvimento da atenção ao pré-natal foi a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominada como Estratégia de Saúde da Família. Essa estratégia é apresentada como proposta de reorientação do modelo assistencial desenvolvido a partir da atenção básica, tomando-se como eixo estruturante deste nível de organização de saúde. Propõe-se que a assistência pré-natal ocorra nas unidades básicas de saúde, caracterizadas como a principal porta de entrada do sistema, onde são firmados os vínculos do setor com a comunidade. A partir de sua implantação, percebeu-se uma procura maior das gestantes para realizar as consultas de pré-natal.([RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011](#))

Dois informes da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que o Brasil e mais dez países latino-americanos conquistaram avanços significativos na redução de mortes relacionadas à gravidez ou parto de 1990 a 2013. Mundialmente, taxas também estão em queda, embora doenças crônicas e outras condições médicas preexistentes ainda sejam um problema grave.

O Brasil reduziu sua taxa de mortes maternas em 43% desde a década de 90.([OMS, 2017](#))

Causas da morte materna

Adicionalmente, o segundo relatório da OMS, com foco nas causas globais das mortes maternas, destaca o impacto que condições médicas preexistentes – como diabetes, aids, malária e obesidade – têm sobre a saúde da gravidez, sendo responsáveis por 28% das mortes deste tipo no mundo. Esta proporção é similar a das mortes por hemorragias graves durante gravidez ou parto, que isoladamente é a principal causa da morte materna no mundo.

Entre mais de 60 mil disfunções maternas em 115 países, as causas de morte materna estão distribuídas da seguinte forma:

§ hemorragia grave (especialmente durante e depois do parto): 27%

§ hipertensão na gestação: 14%

§ infecções: 11%

§ parto obstruído e outras causas diretas: 9%

§ complicações de abortos: 8%

§ coágulos sanguíneos (embolias): 3%

(OMS, 2017)

No ano de 2011 foi implantado pelo governo federal a REDE CEGONHA que é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e Tem como objetivos : Novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e redução da mortalidade materna e neonatal.

São quatro os componentes da Rede Cegonha:

I - Pré-natal;

Confirmado o resultado positivo, será garantido um mínimo de seis consultas durante o pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante (até 120 dias de gestação) e qualificação da atenção. Classificação de risco, pontuando se são de baixo ou alto risco que terá acesso ao pré –natal de alto risco em tempo oportuno., além de uma série de exames clínicos e laboratoriais. A introdução do teste rápido, para detectar HIV, hep B, hep C e sífilis, também será novidade para reforçar o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento precoce.

Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva e o apoio às gestantes

nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

II - Parto e nascimento;

Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;

Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"; e garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

III - Puerpério e atenção integral à saúde da criança;

Nos primeiros dois anos de vida da criança, a Rede Cegonha compreenderá a atenção integral à saúde da criança, desde a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável até a oferta de atendimento médico especializado para eventuais necessidades.

O acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, orientação e oferta de métodos contraceptivos.

A implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva e a prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;

IV - Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

Promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;

A implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e

A implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

A realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

Deverão ser fornecidos pelo serviço de saúde: - o cartão da gestante com a identificação preenchida e orientação sobre o mesmo; - o calendário de vacinas e suas orientações; - a solicitação dos exames de rotina; - as orientações sobre a sua participação nas atividades educativas – reuniões em grupo e visitas domiciliares; - o agendamento da consulta médica para pesquisa de fatores de risco. Vantagens do pré-natal: Permite identificar doenças que já estavam presentes no organismo, porém, evoluindo de forma silenciosa, como a hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração, anemias, sífilis, etc. Seu diagnóstico permite medidas de tratamento que evitam maior prejuízo à mulher, não só durante a gestação, mas por toda sua vida. Identifica precocemente a pré-eclâmpsia, que se caracteriza por elevação da pressão arterial, comprometimento da função renal e cerebral, ocasionando convulsões e coma. Esta patologia constitui uma das principais causas de mortalidade no Brasil Detecta problemas fetais, como más formações. Algumas delas em fases iniciais permitem o tratamento intraútero que proporciona ao recém-nascido uma vida normal e avalia ainda aspectos relativos à placenta, possibilitando tratamento adequado. Sua localização inadequada pode provocar graves hemorragias com sérios riscos maternos; Principais objetivos: Preparar a mulher para a maternidade, proporcionando informações educativas sobre o parto e o cuidado da criança (puericultura) e fornecer orientações essenciais sobre hábitos de vida e higiene pré-natal; Tratar de doenças existentes, que de alguma forma interfiram no bom andamento da gravidez e fazer prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças próprias da gestação ou que sejam intercorrências previsíveis dela; Nas consultas médicas, o profissional deverá orientar a paciente para o enfrentamento da maternidade, a dieta, higiene, sono, hábito intestinal, exercícios, vestuário, recreação, sexualidade, hábitos de fumo, álcool, drogas e outras eventuais orientações que se façam necessárias.(SAÚDE, 2017)

4 Metodologia

A implantação do Pré-natal na ESF Olavo Francisco Fuck no distrito de Residência Fuck em Monte Castelo – SC esta destinada as gestantes da nossa área de atuação. A população alvo são as gestantes residentes na área de abrangência da ESF Olavo Francisco Fuck que atualmente precisam se locomover 30 km até o ESF onde o obstetra atende.

Implantaremos consultas mensais até a semana 32 de gestacional, consultas quinzenais da semana 32 a semana 36 e semanalmente a partir da semana 36. Durante as consultas pedirei exames laboratoriais, ultrassom.

Examinarei a paciente preencheri os dados no cartão da gestante e responderei as suas dúvidas. As consultas serão agendas para as quartas-feiras na parte da manhã.

Teremos o grupo de gestantes e pais uma vez ao mês para dar instruções sobre os cuidados com a gestação, o parto, cuidados com o bebe e o puerpério.

A proposta de implantação do pré-natal deverá ser uma ação duradoura, que sempre seja feita na unidade, afinal pré-natal de baixo risco é função do medico de saúde da família.

Para termos sucesso nessa proposta contaremos com as ACS avisando as gestantes e controlando se suas consultas estão em dia, os técnicos de enfermagem na organização da agenda, a enfermagem realizando consultas, organizando o grupo de gestantes e dando palestras. O Médico atendendo as consultas e ajudando nas palestras.

5 Resultados Esperados

Depois que começamos a implantação do pré-natal já tivemos novas gestantes que iniciaram as consultas na 12^a semana de idade gestacional.

As agendas estão sendo organizadas de acordo com a idade gestacional de cada gestante seguindo o cronograma descrito. E notamos que as gestantes aderiram muito bem ao método, pois não temos faltas de acordo com os agendamentos. Também pelo fato de que elas não precisam se deslocar 30 km e ficarem aguardando serem chamadas por aproximadamente 3 horas.

A partir do mês de março iniciaremos o grupo de gestantes mensalmente, afinal muitas gestantes ainda não participaram de nenhum encontro pelo fato do deslocamento e principalmente as primíparas precisam de uma instrução para se sentirem mais seguras. Serão convidados os parceiros para participarem junto as gestantes.

O que podemos notar também é que muitos parceiros (pais do bebes) estão vindo junto com as gestantes nas consultas, isso não acontecia antes, e os pais fazem muitas perguntas afinal estão cheios de duvidas como as gestantes.

Como iniciamos o projeto em janero de 2017 ainda temos poucos resultados mas pelo que ja podemos notar será uma ótima idéia e muito bem aceita pela comunidade.

Referências

- FILHO, A. M. S. et al. *Manual Técnico: Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado na página 15.
- GM, C. et al. *Análise dos registros nos cartões de pré-natal como fonte de informação para a continuidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal*. Minas Gerais: REME, 2004. Citado na página 15.
- OMS. *Brasil reduz mortalidade materna em 43% de 1990 a 2013*. 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/oms-brasil-reduz-mortalidade-materna-em-43-de-1990-a-2013>>. Acesso em: 07 Fev. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- RBR, J.; LAK, H. *A incerteza do futuro: a vivência da gravidez em uma comunidade brasileira de baixa renda*. Minas Gerais: REME, 2004. Citado na página 15.
- RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G. do; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, p. 1–9, 2011. Citado na página 16.
- SAÚDE, B. V. em Saúde do Ministério da. *Importância do pré-natal*. 2017. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/90prenatal.html>>. Acesso em: 07 Fev. 2017. Citado na página 19.
- SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. *O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento*. 2017. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/44435/1/S1519-38292004000300007.pdf>>. Acesso em: 07 Fev. 2017. Citado na página 16.