

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS –
UNASUS

Lisneydi Alfonso Gómez

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PORTO ALEGRE
2017

Lisneydi Alfonso Gómez

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao curso de
Especialização em Saúde da Família da Universidade
Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

PORTO ALEGRE

2017

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. ESTUDO DE CASO CLINICO	6
3. PROMOÇÃO DA SAUDE E PREVENÇÃO DAS DOENÇAS.	144
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICILIO.	177
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	211
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	233
ANEXO 1-PROJETO DE INTERVENÇÃO	244

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Lisneydi Alfonso Gómez, tenho 35 anos, sou cubana, me graduei com o título de médica há 9 anos, na Universidad de Ciencias Medicas Carlos Juan Finlay, da cidade de Camaguey. Iniciei a minha carreira como medica em 2008 no município de Guaimaro na ESF 09 por 8 anos. Não tenho experiências com outras missões. Aderi a o Programa Mais Medicos para Brasil em agosto 2016. Iniciei meu trabalho no município de Uruguaiana RS em setembro desse ano. Atendo no interior do município há 10 meses, nas ESF 9 e 10 da Barragem e São Marcos respectivamente.

Uruguaiana é um município situado no extremo ocidental do estado do Rio Grande do Sul, junto à fronteira fluvial com Argentina e Uruguai. O numero de habitantes é de 129 720. Possui economia baseada na atividade agro pastoril e transporte internacional de cargas. A situação de saúde de Uruguaiana é precária, o município conta com um total de 22 unidades de saúde e uma população para umas 34 unidades, com uma meia de 4000 habitantes por unidade.

Atuo em duas localidades do interior do município distante 45 km da sede, em uma área rural de baixo poder aquisitivo e baixo nível de escolaridade. A população adstrita é em total de 3920 habitantes cadastrados. Tem duas igrejas Católicas e uma Evangélica, três escolas publicas, duas quadras de esportes e dois campos de futebol. Tem uma barragem e o rio Uruguai, devido a isto a atividade fundamental desenvolvida é a pesca. Os motivos mais freqüentes de consulta são Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, dores articulares e ósseos, infecções de vias aéreas superiores, parasitoses intestinais e micoses cutâneas, estas ultimas duas devido em grande maioria por tomar banho na barragem e por não ter acesso a água tratada. As ruas das localidades não são pavimentadas e possuem muitas pedras dificultando o deslocamento dos moradores.

O Projeto de Intervenção desenvolvido nas unidades de saúde de São Marcos e Barragem Samchuri tem como título: " Melhoria da Atenção à Saúde no Pré-Natal e Puerpério nas ESFs 9 e 10 em Uruguaiana RS". O tema foi escolhido devido a dificuldades que foram encontradas na atenção a saúde no pré-natal e Puerpério nas ESFs em estudo. Com uma grande demanda de atendimento e falta de pessoal nas equipes não existe cobertura e adesão de todas as gestantes e puérperas no programa, e a qualidade da atenção não são as melhores. Com base

na análise diária dos atendimentos registrados na ficha de atendimento individual, consegue-se visualizar as lacunas no atendimento a gestantes e puérperas. Esse público, sistematicamente tem ficado afastado das demandas de atendimento da equipe e tais usuários têm recorrido a outros serviços de saúde. Com base nisso, propõe-se por meio da busca ativa dessas gestantes, puérperas e famílias, estabelecer o vínculo com as estratégias 9 e 10.

2. ESTUDO DE CASO CLINICO

CASO CLINICO: ESF 9 BARRAGEM SANCHURI

ANAMNESE

Identificação

Nome: O. A. F. P

Idade: 51 anos

Sexo: Masculino

Escolaridade: primário completo

Religião: não tem

Estado Civil: casado

Profissão: agricultura

Naturalidade: Santa Maria

Residência atual: Barragem Sanchuri

QUEIXA PRINCIPAL:

Remédio forte para dor nas pernas.

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

1ra Consulta Médica (12/06/2017)

Paciente apresenta queixa de dor forte e inchaço em ambos os membros inferiores há 10 dias, que não melhora com uso de analgésicos (que o paciente relata que estava tomando por conta). Refere que a dor apareceu seguida de feridas abertas e profundas nas pernas.

Interrogatório Sintomatológico

Sintomas gerais: dor muito forte nas pernas, febre um dia.

Cabeça e pescoço: não refere sintomas nenhum.

Tórax: refere tosse produtiva isolada e falta de ar leve.

Abdome: não refere sintomas nenhum.

Sistema geniturinário: poliúria.

Sistema endócrino: nega alterações.

Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: sem alterações.

Sistema nervoso: refere insônia.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PESSOAIS

Doenças da infância: caxumba e varicela.

Hipertensão Arterial

Diabetes Mellitus tipo 2

Obesidade

Medicamentos em uso: metformina, glibenclamida, losartana, hidroclorotiazida e omeprazol.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Pai: falecido, com antecedentes de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial;

Mãe: falecida, com antecedentes de Cardiopatia Isquêmica e Hipertensão Arterial.

Irmãos: 3 com antecedentes de Hipertensão, deles um com Diabetes Mellitus e uma irmã com antecedentes de saúde.

CONDIÇÕES DE VIDA

Alimentação: predominantemente carboidratos, em grandes quantidades e sem estabelecer horários certos, come com abundante gordura e poucas frutas e verduras. Toma refrigerante direto.

Habitação: vivenda em condições favoráveis, com dois quartos amplos, uma sala, sala de jantar, uma cozinha, um banheiro e um pátio grande com arvores de frutas. A vivienda se observa com inadequada higiene, tem cachorros e gatos dentro de casa e sempre esta desarrumada. Mora com a esposa e dois filhos de 7 e 9 anos.

Atividade física: sedentária.

Vícios: tabagismo.

Condições socioeconômicas: agora em situação extremamente difícil, devido a que a esposa não trabalha e ele encontra-se de laudo há 7 dias. Refere não ter dinheiro para comprar os remédios e quase nem para comer.

Vida conjugal: estável

EXAME FÍSICO

Somatoscopia:

Paciente com fácies de dor, ansiedade, não fica sentado na consulta, refere que não consegue por causa da dor. Esta lúcido e orientado, com fala e linguagem típica, atitude voluntaria, se observa edema em ambos os membros inferiores até os joelhos.

Sinais Vitais:

PA: 200x110 mmHg;

FC: 86 bpm;

FR: 21 irpm;

HGT: 325 em jejum.

Medidas antropométricas: Peso: 105; Altura: 178 cm.

Estado nutricional: IMC: 33,14 (Obeso tipo 1)

Cabeça: crânio: sem alteração óssea; face: estruturas faciais normais, pele, membranas e mucosas sem alteração.

Pescoço: musculatura, veias, artérias e glândula tiróides sem alteração.

Tórax: de aspecto simétrico, sem alterações na pele, com movimentos respiratórios regulares. Expansibilidade torácica normal. Frêmito tóraco- vocal normal. Percussão e auscultação sem alterações.

Abdome: protuberante, sem cicatrizes nem circulação colateral, que segue os movimentos respiratórios. Ruídos hidroaéreos normais. Não dor à palpação, não visceromegalias. Percussão sem alteração.

Extremidades: se observa linfedema bilateral que chega até os joelhos, com hiperpigmentação da pele, com dificuldade para fazer um pliege cutâneo no dorso do pé. Presença de múltiplas ulcera venosas localizadas entre os tornozelos e os joelhos, de diversos tamanhos, com fundo amarelado e exudado abundante, cheiro forte e áreas de necrose. (Figura1y 2)

Hipóteses diagnósticas:

1. Ulceras venosas sépticas por insuficiência venosa crônica.
2. Diabetes Mellitus descontrolada.
3. Hipertensão Arterial descontrolada.

Conduta:

1. Repouso relativo com membros inferiores elevados.
2. Indico SUAB para cultura de ferida contaminada.
3. Diosmina (450mg/50mg) 1 comprimido de 12 em 12 horas.
4. Depois de fazer o SUAB iniciar curativo no posto um dia sim e outro não com colagenase.
5. Paracetamol (750mg) 1 comprimido de 6 em 6 horas se dor.

6. Indico exames de laboratório como: hemograma, glicose jejum, hemoglobina glicosilada, creatinina, uréia, lipidograma, TGP, TGO, PSA, urina tipo 1 e cultura da urina + antibiograma.
7. Ecografia abdominal total.
8. Decido indicar 8 unidades subcutâneas de insulina regular humana devido a que o paciente não tem como se locomover até a cidade para fazer hoje glicose plasmática e também não tem condições para colocar hidratação com soro fisiológico ou insulina no posto de saúde.
9. Indico captopril(25 mg) 1 comprimido sublingual e verificar pressão arterial em uma hora.
10. Insisto na importância de mudança de estilo de vida.
11. Voltar para reconsulta com resultados de exames para avaliar tratamento.

EVOLUÇÃO

2da Consulta Médica(26/06/17)

Paciente que refere melhora da dor, consegue caminhar melhor, refere sua esposa que se está esforçando com a dieta. Apresenta resultados de exames de laboratório.

Colesterol total: 287mg/dl

Glicemia jejum: 221 mg/dl

SUAB: Staphylococcus aureus; sensível a ciprofluoxacino(500 mg) entre outros.

Resto de exames de laboratório normais.

Ecografia de abdome normal.

Sinais vitais:

PA: 160/95 mm/hg

HGT: 230 mg/dl em jejum

Avaliação do curativo: ulcera ainda com exudado e fundo amarelo em menor quantidade e diminuição das áreas de necrose.(Figura 3, 4 y 5)

Conduta:

1. Reajuste de doses de remédios para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
 - Metformina (850mg) 1 comprimido antes do café da manhã, almoço e janta.
 - Losartana (50 mg) 1 comprimido de 12 em 12 horas.
2. Acrescento no tratamento a sinvastatina(20 mg) 1 comprimido após a janta.
3. Indico ciprofluoxacino (500 mg) 1 comprimido de 12 em 12 horas durante 10 dias.

4. Continuo insistindo na dieta e adequado estilo de vida.
5. Se decide trocar o curativo para Hidrogel uma vez ao dia no posto e avaliar.
6. Voltar em 15 dias para repetir SUAB.

3ra Consulta Médica(17/07/17)

Paciente com melhor estado geral, refere estar sem dor, não febre, caminha sem dificuldade, necessidades fisiológicas normais, se alimenta bem. Apresenta resultado de SUAB negativo, indicado em consulta de enfermagem o dia 07/07/17.

Sinais vitais:

FC: 87 bpm;

FR: 21 irpm;

PA: 140/90 mmhg;

HGT: 165 mg/dl em jejum.

Avaliação do curativo: úlceras de menor tamanho, fundo de cor vermelho e sem área de necrose. Não edema.(Figura 6 y 7)

Conduta: continuar com igual tratamento via oral, insisto em mudança de estilo de vida.

PLANO

Visita domiciliar programada pela equipe de saúde em combinação com o paciente, com o objetivo de falar sobre a importância de higiene adequada no domicílio para evitar reinfecção das feridas. Evitar animais dentro de casa, tomar banho diariamente, secar bem os pés e examinar diariamente os membros inferiores com ajuda dum familiar. Realizar uma dieta saudável rica em proteínas frutas e vegetal, diminuir o consumo de carboidratos e alimentos com gorduras. Evitar o consumo de refrigerantes e produtos enlatados. Realizar caminhadas no mínimo umas três vezes por semana, para melhorar circulação sanguínea evitar sedentarismo. Realizo encaminhamento para nutricionista para controle de obesidade. Se conversa com o paciente para adesão ao grupo de HiperDia.

Figuras 1 e 2.



Fonte: Elaborada pela autora.

Figuras 3, 4 e 5.



Fonte: Elaborada pela autora.

Figuras 6 e 7.



Fonte: Elaborada pela autora.

3. PROMOÇÃO DA SAUDE E PREVENÇÃO DAS DOENÇAS.

O primeiro em falar em 1920 sobre promoção em saúde foi Winslow e posteriormente Sigerist em 1946 quem definiu como as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação. (BRASIL, 2009)

Mas com o decorrer dos anos esses conceitos foram mudando, sendo assim que em 1986 ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da saúde que originou a Carta de Ottawa. De acordo com esse documento, “promoção da saúde é o nome dado ao prol. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças I. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças 18 Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar cesso de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social (...) Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Eu trabalho há um ano e pouco na ESF 9 Barragem Sanchuri do interior do município de Uruguaiana RS. A comunidade encontra-se a 45 km da cidade, não tem farmácia nem outros serviços de saúde que a nossa estratégia. Sendo que, a demanda de atendimento é grande demais pela dificuldade dos pacientes para se locomover até a cidade. Como conseqüência da demanda tão grande, pacientes diabéticos, hipertensos e com outras doenças crônicas não acodem as consultas de seguimento com a justificativa de que o posto sempre esta lotado. Semelhante situação ocorre com as gestantes e as consultas de puericultura.

Ante esta preocupante a equipe decidiu insistir no grupo de gestantes e grupo de HiperDia. Com o apoio de toda a equipe em especial das Agentes Comunitárias de Saúde, se realizou a busca ativa desses pacientes e a adesão aos grupos em questão. Durante a reunião dos grupos são realizadas atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças. Alem disso o dia é aproveitado para avaliação medica da efetividade do tratamento, requisição ou avaliação de exames de rotina

etc. com essa nova idéia de brindar consulta medica de seguimento durante a reunião dos grupos, a equipe conseguiu a adesão do 90 % dos pacientes aos grupos.

Dentre as atividades realizadas pela equipe se encontram palestras sobre temas de importância para a saúde. Cada assunto a ser tratado no próximo encontro é escolhido pelos pacientes atendendo a preocupações em comum.

As ações de promoção da saúde e prevenção das doenças são uma estratégia que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde e proporciona conhecimentos que melhora o modo de viver das pessoas. Essas ações estão orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Para isso é preciso ter conhecimento epidemiológico de doenças e outros agravos, para detectar, controlar e enfraquecer os fatores de riscos das enfermidades. (BRASIL, 2009)

A equipe da Barragem Sanchuri desenvolve ações de atenção à saúde às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco. Para isso, considera o calculo do risco cardiovascular, os controles dos níveis pressóricos e/ou glicêmicos, a avaliação antropométrica, a motivação da pessoa, adesão e resposta ao tratamento, a presença de fatores de risco e outras doenças associadas, o suporte social e familiar e o grau de autonomia para o autocuidado.

A nossa equipe programa o cuidado desses pacientes com a programação adequada da freqüência das consultas, dos grupos e dos exames, baseando-se nas necessidades individuais, das famílias, nos determinantes sociais da saúde e no auxilio para lidar com as limitações geradas pela doença. Para facilitar a assistência dos pacientes, a equipe não limita dias específicos na agenda para o cuidado das pessoas com doença crônica e oferta cuidado interdisciplinar conforme as singularidades de cada usuário/ família.

Oferece opções de grupos terapêuticos e de atividades educativas sobre alimentação saudável e incentivo á pratica de atividade física na ESF ou em outros espaços do território, como Academia da Saúde, praças e associações. Planeja ações para tratamento dos indivíduos com obesidade, inclusive nos casos que estes não apresentem outras doenças crônicas associadas.

Com o grupo de gestantes, a equipe também realiza atividades de promoção de saúde e prevenção das doenças. Os profissionais da saúde orientam as grávidas sobre a importância do aleitamento exclusivo até os seis primeiros meses da criança e continuado até os dois anos ou mais, orienta a introdução dos alimentos às crianças maiores de seis meses, compreendendo esse processo em seu contexto social e familiar.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICILIO.

A visita domiciliar em saúde constitui um instrumento de intervenção muito importante utilizado pelas estratégias de saúde para conhecer a realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos fundamentais da dinâmica das relações familiares.

A mesma tem como objetivo central a atenção às famílias e à comunidade, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. (BRASIL, 2009)

O atendimento no domicílio ajuda na reorganização da atenção básica em saúde em substituição à prática assistencial vigente, voltada para a cura de doenças, e também buscando redução de custos e minimização de conflitos sociais. (Brasil, 1994)

De acordo com a Portaria GM nº 648, de 29/3/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é atribuição de todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população da área de abrangência, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários. (Brasil, 2006)

Por meio das visitas domiciliares se diminuem as intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; se minimizam os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, em especial, os idosos; a equipe de saúde oferece suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares e evita hospitalizações desnecessárias. (BRASIL, 2012)

Segundo Takahashi a visita domiciliar é um importante instrumento para promoção da saúde, porque a gente conhece a realidade do paciente, quais as orientações que a gente pode dar e quais as que a gente sabe que eles vão seguir. Sendo que, a gente vê de perto a realidade dele e identifica melhor as condições. (BRASIL, 2001)

Muitas outras ações são realizadas no domicílio destinadas ao cuidado dos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de

Saúde (UBS), mas que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado. , como o cadastramento, busca ativa e ações de vigilância. (BRASIL, 2012)

A literatura discute o envelhecimento da população como um dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde no domicílio. Assim como o aumento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, acidentes automobilísticos e violências. (BRASIL, 2012)

Num estudo realizado por Santos a análise dos dados demonstrou que os usuários dos serviços da ESF acreditam ser a visita domiciliária uma garantia de acesso aos serviços públicos de saúde e apontam a sua satisfação com relação à presença dos trabalhadores no seu domicílio e das ações executadas por estes neste cenário. (Santos, 2008)

Na minha unidade de saúde as visitas domiciliares são realizadas todas as terças feiras de manhã, com programação feita pelas agentes comunitárias da saúde tendo em conta as necessidades de cada paciente ou pela solicitação dos familiares para assistência domiciliar.

A equipe realiza reuniões uma vez ao mês para organização do trabalho na unidade, uma das pautas são as visitas domiciliares. O acordo foi realizar busca ativa pelas ACS, dos pacientes que segundo as condições físicas ou sócias estão dentre os critérios de inclusão para atendimento domiciliar. Trabalho com 3 ACS sendo que, foi sugerido fazer mais ou menos 15 visitas domiciliares uma semana antes (5 por cada ACS), acompanhadas por uma técnica de enfermagem que vai estabelecer prioridades de atendimento medico domiciliar para a próxima semana, ficando 2 visitas por cada ACS e deixando espaço para 2 visitas domiciliares de urgência se for necessário.

Alguns dos critérios a considerar pelas ACS e as técnicas de enfermagem nas visitas domiciliares segundo o pautado nas reuniões de equipe são: em primeiro lugar a presença de uma situação de urgência; presença de dificuldades ou condições para se locomover ate o posto de saúde, por exemplo, em pacientes acamados ou prostrados ou problemas com o acesso aos serviços de saúde; outras situações ou condições de saúde também são visitadas no domicilio para avaliação como os pacientes com alta hospitalar pôs cirúrgica ou por algum outro motivo, mas

que precise de acompanhamento médico no domicílio. E por último a presença de doença crônica descontrolada em paciente com dificuldade para se locomover até o posto de saúde. Além disso são realizadas visitas no domicílio para gestantes, puérperas e lactentes que não vão às consultas de seguimento na unidade ou que por determinada situação de saúde precisam acompanhamento no domicílio.

Existe também a possibilidade de uma situação familiar com risco para a saúde de algum dos membros da família. Em esse caso é necessário conhecer o âmbito familiar e fazer avaliação integral para saber quais dicas podem ser aceitas ou não pela família, considerando o estilo de vida familiar, nível socioeconômico e cultural e a presença ou não de crença religiosa.

A principal causa de doenças crônicas não transmissíveis descontroladas ou pacientes não aderidos ao tratamento está no domicílio, sendo que a maioria das vezes, a família não muda o estilo de vida, de alimentação e outros por causa de um dos integrantes. A orientação familiar por meio das visitas domiciliares com atividades de promoção de saúde e prevenção tem ajudado muito no controle das DCNT e maior adesão ao tratamento.

É importante deixar uma orientação clara para os familiares sobre o diagnóstico e os cuidados a ter com o paciente e quais os sinais de gravidade ou complicação da doença. Ajudar a buscar o horário mais adequado para a toma dos remédios indicados no fim de facilitar a correta e total adesão ao tratamento. Estabelecer responsabilidades de cada membro da família e da equipe de saúde no cuidado do paciente.

Para o adequado funcionamento das visitas domiciliares é preciso respeitar o espaço familiar e humanização da atenção à saúde e conseguir a participação ativa dos sujeitos no processo saúde-doença.

Os procedimentos mais realizados nas visitas domiciliares são a verificação de pressão arterial, verificação de temperatura axilar, HGT, frequência cardíaca e saturação parcial de oxigênio.

O principal problema que enfrenta nossa unidade de saúde hoje é o transporte, as vezes não temos carro ou combustível para realizar as visitas domiciliares, mas nunca foi cancelada uma visita programada, a gente vai caminhando.

Outro problema é quando precisamos de avaliação especializada para um paciente que apresenta dificuldade para se locomover. A comunidade fica a 45 km da cidade e a Secretaria de Saúde disponibiliza um carro para nos carregar até o interior, mas não tem como trazer os especialistas do NASF até as diferentes localidades do interior do município, sendo que esses pacientes terminam por não ser avaliados.

Porém, nossa equipe de saúde está se esforçando para realizar nosso trabalho o melhor possível, fazemos capacitação em todas as reuniões da equipe e discutimos entre todos os casos mais preocupantes da nossa área de abrangência. Definimos metas e planos em conjunto para dar cobertura e solução, dentre as possibilidades, aos problemas e queixas de saúde da nossa população.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Depois de concluir o curso de especialização em saúde da família posso dizer que estou mais bem preparada para enfrentar as diferentes situações de atendimento no dia a dia. Acho necessário a realização do curso de forma obrigatória para todos os médicos que vão trabalhar na atenção primária. Aprendi do tempo e passos que preciso para fazer uma consulta de qualidade, comecei fazer escuta inicial e consegui criar vínculos afetivos com os pacientes.

Quando iniciei na ESF 9 do interior, o trabalho não estava organizado, não tinha um dia para puericultura nem pré-natal, a enfermeira programava os grupos para o dia da minha folga, com a justificativa de não afeitar o atendimento medico, por este motivo eu não conseguia participar dos grupos. Organizei minha agenda de trabalho quando passei no modulo que falava sobre Agenda Compartilhada, e consegui dar maior cobertura á demanda do posto, deixei um dia do mês para pré-natal, um dia para puericultura, um dia para os grupos e um dia para reunião de equipe. Organizei as consultas por demanda espontânea e consulta do dia, colocando número de cada uma diferente para cada dia da semana.

Logrei adesão dum 90 % dos pacientes hipertensos e diabéticos aos grupos a partir da minha participação nos mesmos, devido que além de falar dum assunto de interesse para a saúde, o momento também é aproveitado para consultar e avaliar tratamento dos pacientes e resultados ou requisição de exames de rotina. Aprendi no curso que os grupos servem não somente para fazer promoção de saúde, se não também para ter um acompanhamento adequado das diferentes doenças, sendo que os pacientes terminam não indo ao posto para evitar as filas de atendimento.

Posso dizer também que aprendi muitas ferramentas que ajudam pensar com mais clareza sobre o diagnostico e maior facilidade na hora de buscar nos prontuários dos pacientes o histórico de doenças nas consultas, por exemplo, o método do SOAP, desde que o aprendi já não parei mais de usar. Faço o Plano Terapêutico Singular dos casos que me preocupam para discuti-los na reunião de equipe.

Em relação ao pré-natal e o puerperio, fiz o Projeto de Intervenção com o objetivo de melhorar o atendimento deste grupo populacional que estava praticamente abandonado quando iniciei meus serviços na unidade.

No início do curso devo dizer que ficava muito estressada pelo fato que não tinha conhecimentos suficientes da informática e foram horas de choro e preocupação quando não sabia enviar uma tarefa ou não sabia entrar no chat. Mas hoje tem que contar que ajudou desenvolver minhas habilidades com o computador e para saber pesquisar corretamente sobre um tema de interesse. Sofri muito por esse motivo, teve que pedir ajuda inúmeras vezes, mas valeu a pena, hoje consigo fazer e enviar minhas tarefas e tenho conhecimentos básicos de informática.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Circular Normativa No. 8/DGCG. Pê Diabético-Programa de Controle da Diabetes Mellitus. Brasil, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do pê diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.

Carta de Ottawa. Primeira Conferencia Internacional Sobre Promoção da Saúde, Ottawa, novembro 1986.

BRASIL. Caderno de saúde publica. Visita domiciliar no âmbito da estratégia de saúde da família: percepção de usuários no município de fortaleza Ceara, Brasil, 2009. Cad. Saúde Pública vol.25 no.5 Rio de Janeiro May 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília, DF: COSAC, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28/3/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm> Acesso em 26/04/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: Brasil IDS. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 43-6.

Santos EM. A visita domiciliária sob a ótica dos usuários da estratégia saúde da família [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2008.

ANEXO 1-PROJETO DE INTERVENÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

LISNEYDI ALFONSO GÓMEZ

Melhoria da Atenção à Saúde no Pré-Natal e Puerpério nas ESFs9 e 10 em
Uruguaiana/RS

Porto Alegre,

2017

RESUMO

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. É dever dos serviços e profissionais da saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direito. O objetivo deste trabalho é a melhora da atenção à saúde no pré-natal e puerpério nas Unidades 9 e 10 em Uruguaiana RS, que a partir da Análise Situacional foram apontadas deficiências quanto à cobertura e à qualidade deste serviço de saúde. Os objetivos envolvem ampliar a cobertura do pré-natal e do puerpério, melhorar a qualidade do pré-natal e puerpério, melhorar a adesão e o registro das informações do pré-natal e puerpério, e promover a saúde das gestantes. A intervenção terá duração de cinco meses utilizando-se como referência os protocolos do Ministério da Saúde (MS) e os instrumentos do curso. As atividades a realizar incluem o cadastramento das gestantes, registro organizado das informações, atividades de promoção à saúde, realização de atividades educativas e capacitações das equipes das ESF. O trabalho em equipe será fundamental para a implantação das ações na unidade e a intervenção vai trazer contribuições significativas para as equipes de saúde e para as comunidades. Espera-se que a gestão estabeleça uma rotina de avaliação das atividades, que assegure a composição adequada da equipe, bem como, espaços de reflexões das práticas clínicas.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Mulher; Pré-natal; Puerpério.

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	28
2. OBJETIVOS.....	31
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	32
4. METODOLOGIA.....	35
5. CRONOGRAMA.....	37
6. RECURSOS NECESSÁRIOS.....	38
7. RESULTADOS ESPERADOS.....	39
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	40

1. INTRODUÇÃO

A atenção ao pré-natal figura como uma das políticas centrais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, contudo, apesar do crescimento da cobertura pré-natal permanecem dificuldades quanto à qualidade da atenção prestada. Estudos recentes revelam que uma pequena parcela das gestantes inscritas nos programas de pré-natal realiza as ações mínimas preconizadas, o que sugere limitações no atendimento prestado pelos serviços de saúde, marcados pela medicalização em detrimento de medidas de prevenção e promoção da saúde. Para uma atenção ao pré-natal e ao puerpério que promova a saúde materna e neonatal, com acompanhamento precoce, diagnóstico e tratamento adequado de intercorrências, o Ministério da Saúde disponibiliza um conjunto de materiais técnicos e referenciais a ser utilizado pelos serviços (BRASIL, 2016)

Localizado na fronteira, Uruguaiana é considerada município de referência na região sul do Estado, é a maior cidade, mais populosa. Tem posto de saúde central com serviço de saúde da mulher, programa de saúde bucal, centro de especialidades odontológicas, atenção às crianças e adolescentes, primeira infância melhor e viva criança, atenção as doenças sexualmente transmissíveis, serviços de atendimento médico de urgências e emergências ficam por conta do SAMU, também conta com Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), serviço de Vigilância Epidemiológica e o laboratório municipal. Uruguaiana conta também com 22 postos de saúde entre UBS e ESF, eu trabalho nasESFs9 e 10 (São Marcos e Barragem, respectivamente),localizadas no interior do município (Portal de Secretaria Municipal de Saúde Uruguaiana,2016).

Este trabalho trata do Projeto de Intervenção do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA SUS)/Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. A intervenção será realizada nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) 9 e 10, do interior,Barragem e São Marcos, nessa ordem, em Uruguaiana/RS cujo objetivo será melhorar a atenção à saúde no pré-natal e puerpério com base na Análise Situacional que encontrou deficiências na cobertura de estes programas.

A situação das ESF onde trabalho é um pouco difícil, mas estamos elaborando muitos projetos de trabalho nas reuniões de equipe. A saúde da

população esta determinada pelas condições de trabalho. As ruas não são pavimentadas e possuem muitas pedras dificultando o deslocamento. A maioria dos moradores é de classe socioeconômica baixa.

Com uma população total de 3920 pessoas cadastradas entre as ESF 9 e 10 contamos com 32 grávidas e 54 puérperas. Mas a população que se atende nessas estratégias é bem maior porque muitas pessoas que moram em granjas procuram atendimento tanto na Barragem como em São Marcos. Nessa situação se encontram também algumas das grávidas e puérperas, que moram em granjas ou em áreas descobertas pela falta de Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Devido à demanda que existe nas ESFs em estudo, foram encontradas dificuldades na atenção a saúde no pré-natal e puerpério. Não existem cobertura e adesão de todas as grávidas e puérperas no programa, e a qualidade da atenção não são as melhores.

Pré-natal e Puerpério deve ser uma ação programática que envolva um cuidado humanizado, integral e genuíno que contemple todo o ciclo gravídico-puerperal, sendo que, o objetivo primordial é prevenir a morbimortalidade da mãe e da criança através de uma série de cuidados e recomendações que incluem ação de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período.

O Ministério de Saúde com o objetivo de reduzir a taxa de morbimortalidade no Brasil e organizar a atenção à saúde materno-infantil instituiu mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento. Os princípios desta mudança são humanização do parto e do nascimento, organização dos serviços de saúde, acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção, vinculação da gestante à maternidade, gestante não peregrina, realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2005).

Embora, nas últimas décadas, em muitos municípios do Rio Grande do Sul a cobertura de atenção ao pré-natal tem aumentado, porém garantir sua qualidade permanece como o maior desafio. Essa melhoria da qualidade, no patamar em que estamos, refere-se a uma mudança sensível na atitude dos profissionais de saúde e na eficiência e presteza dos serviços (BRASIL, 2010)

A qualificação permanente da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve sempre ser perseguida na perspectiva de garantir uma boa condição de saúde tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, bem como de possibilitar à mulher uma experiência de vida gratificante nesse período. Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos em qualquer instância do processo assistencial estejam conscientes da importância de sua atuação e da necessidade de aliarem o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, levando em consideração o significado desse resultado para cada mulher. A consulta pré-natal, para muitas mulheres, constitui-se na única oportunidade que possuem para verificar seu estado de saúde; assim, deve-se considerá-la também como uma chance para que o sistema possa atuar integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação de sua saúde (BRASIL, 2010).

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde no pré-natal e puerpério nas ESFs 9 e 10 de Uruguaiana/RS

Objetivos específicos

- 1- Ampliar a cobertura de pré-natal e puerpério;
- 2- Melhorar a qualidade de atenção ao pré-natal e puerpério realizadas nas unidades;
- 3- Melhorar a adesão ao pré-natal e ao puerpério;
- 4- Promover a saúde no pré-natal e no puerpério.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O período pré-natal é considerado o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados, o qual requer dos profissionais envolvidos, o estabelecimento de uma efetiva comunicação junto às gestantes e seus familiares, para contribuir efetivamente nas ações de educação em saúde, favorecendo o autocuidado e o exercício da autonomia. Em 2000, foi implantado no Brasil, o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN) que criou um protocolo mínimo de ações recomendadas para diminuir a mortalidade materna e perinatal. A meta com a instituição desse programa era melhorar as condições da atenção pré-natal, promovendo um atendimento humanizado à gestante em um modelo de atenção integral à saúde (BRASIL, 2013).

Pesquisadores apontam que, embora haja evidências da melhoria da cobertura da assistência pré-natal no Brasil, ainda persistem questões relacionadas à dificuldade de acesso, à baixa qualidade da atenção pré-natal, aos déficits para garantir o vínculo entre pré-natal e parto, às inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal, bem como à carência de orientações às gestantes, principalmente, quanto aos aspectos relacionados ao parto, à amamentação e aos cuidados com o recém-nascido. Somados a esses aspectos, outros indicadores da inadequação da assistência pré-natal tais como, o início tardio da assistência pré-natal e o baixo número de consultas, podem dificultar o diagnóstico e o tratamento precoce de possíveis complicações. Os estudos descrevem que a falta de recursos humanos (profissionais aptos e treinados para o bom atendimento da mulher) e a falta de infraestrutura adequada (planta física adequada, equipamentos disponíveis para o exame da gestante, medicamentos básicos e outros) comprometem a qualidade da assistência durante o pré-natal e expõe a gestação, o parto e puerpério a riscos e conseqüências adversas (BRASIL, 2013).

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASÍLIA, 2006).

Uma atenção pré-natal e puerperal 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 (BRASÍLIA, 2006).

Segundo o Manual Técnico Pré-natal e Puerpério: Brasília, 2006, recomenda realizar a atenção pré-natal e puerperal conforme com os parâmetros estabelecidos seguintes:

1. Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;

2. Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; 3. Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:

3.1 Escutas ativa da mulher e de seus(suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas; 3.2 Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;

3.3 Estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;

3.4 Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;

3.5 Exames laboratoriais;

3.6 Imunização antitetânica;

3.7 Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN; 3.8 Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;

3.9 Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;

3.10 Tratamento das intercorrências da gestação;

3.11 Classificação de risco gestacional e detecção de problemas a serem realizadas na primeira consultam e nas subseqüentes;

3.12 Atendimento às gestantes com problemas ou comorbidades, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;

3.13 Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.

4. Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral” e da consulta puerperal, até o 42º dia pós-parto.

O maior acompanhamento a essas gestantes proporcionam um pré-natal qualificado, com prevenção e/ou detecção precoce de doenças, tanto maternas como da criança, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. O Ministério da Saúde recomenda que 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 (BRASIL, 2016).

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de intervenção organizacional, com o objetivo de melhorar a atenção aos programas de pré-natal e puerpério realizada nas ESFs 9 e 10 do interior do município de Uruguaiana. Para isso é preciso ampliar a cobertura do pré-natal e melhorar a qualidade de atenção ao pré-natal e o puerpério, buscando garantir o ingresso das gestantes no programa no primeiro trimestre de gestação.

Essa proposta de intervenção baseia-se no fato de que na realidade das estratégias 9 e 10 ainda não há a utilização do sistema de prontuário eletrônico “eSUS” e a materialização dos dados provenientes dos atendimentos se dá por meio das fichas de atendimento individual eSUS.

Nesse sentido, com base na análise diária dos atendimentos registrados na ficha de atendimento individual, consegue-se visualizar as lacunas no atendimento a gestantes e puérperas. Esse público, sistematicamente tem ficado afastado das demandas de atendimento da equipe e tais usuários têm recorrido a outros serviços de saúde.

A solução desse problema passa pela questão da acessibilidade, já que, grande parte dessas gestantes e puérperas encontram-se distantes geograficamente da Unidade de Saúde, no interior do município, nas granjas e fazendas.

Isso tanto é um problema para a equipe, que tem dificuldades de chegar até estas mulheres e famílias, quanto é um problema para as usuárias, que encontram mais facilidade em deslocar-se até a sede do município do que propriamente a unidade de saúde.

Outra causa possível desse não acesso ao serviço de saúde de referência, no caso as unidades 9 e 10, pode estar relacionada à desinformação desse público a respeito da assistência prestada nesses serviços.

Com base nisso, propõe-se por meio da busca ativa dessas gestantes, puérperas e famílias, estabelecer o vínculo com as estratégias 9 e 10.

Nesse momento, por meio da visita da equipe, se faria o convite a essas usuárias para utilizarem o serviço de saúde. A intenção é estabelecer o vínculo com a equipe e a partir disso reestruturar o atendimento prestado a essas pessoas.

Depois de estabelecido o vínculo pretende-se trabalhar além da clínica que é indispensável, a promoção da saúde desse grupo, bem como, a prevenção de

doenças. No sentido de promover a saúde dessas pessoas pode-se tentar inseri-las nas diferentes modalidades de educação em saúde propostas pela equipe que em sua maioria se organizam por meio de grupos.

Outra forma de intervenção nessa realidade diz pode ser concretizada por através da educação com a equipe, enfocando nas reuniões de equipe a importância da consulta pré-natal e puerperal e o que deriva disso, no caso a saúde da criança.

Nessas reuniões, pode ser abordada a importância do estabelecimento da rotina de consultas a esse grupo de pacientes. No caso das gestantes, a importância de termos um acompanhamento por meio de visitas, e pelas consultas que devem ser em princípio de lograr a adesão das mesmas ao programa de pré-natal.

No caso das puérperas, da mesma forma, com visitas e consultas, porém levando em conta a importância para a mãe/mulher do cuidado prestado também ao seu bebê. Nesse público em específico, a idéia é vincular as consultas das puérperas às consultas de acompanhamento em puericultura, o que, creio resultaria em uma adesão melhor ao serviço.

5. CRONOGRAMA

Ações	Maio 2017	Junho 2017	Julho 2017	Agosto 2017	Setembro 2017
Apresentação do trabalho para equipe	X				
Capacitação dos profissionais de saúde das ESFs	X		X		X
Cadastramento de todas as gestantes e puérperas da área adstrita no programa	X	X	X	X	X
Grupo de gestantes	X	X	X	X	X
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de gestantes e puérperas faltosas		X			
Busca ativa das gestantes e puérperas faltosas às consultas	X	X	X	X	X
Avaliação do projeto pela equipe					X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

Recursos humanos:

Equipe de saúde da família composta por 2 ACS, 2 técnica de enfermagem, 1 enfermeira padrão, 1 médico e um dentista.

Recursos materiais:

Sala de realização de grupos, computador, caneta, lista de gestantes e puérperas, prontuários das usuárias e Cadernos de Atenção Básica.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Ao final dessa intervenção espera-se alcançar a meta de 100% de cobertura das gestantes e puérperas da área de abrangência das ESFs 9 e 10, garantindo que a atenção básica de saúde seja a porta de entrada das mulheres na assistência pré-natal e puerperal.

A avaliação da cobertura se dará por meio da observação da relação do número de gestantes e puérperas do território com o a adesão das mesmas as consultas e demais formas de acompanhamento propostas. Relatórios dos Agentes Comunitários de saúde, prontuários e a ficha de atendimento individual apresentam-se como opções de tornar prática esta avaliação.

Pretende-se, com a capacitação prévia da equipe, desenvolver a habilidade de avaliar as necessidades das usuáriase estabelecer uma comunicação eficaz, de forma que, as mulheres compreendam a importância dessa intervenção de saúde.

A avaliação das capacitações se dará por meio do relato direto da equipe com relação a sua compreensão sobre os assuntos abordados e o que isso tem colaborado na rotina de visitas.

Posteriormente, com a realização da busca ativa das gestantes e puérperas faltosas as consultas pretende-se, novamente, clarear a importância do pré-natal e do acompanhamento puerperal e, oportunamente, estabelecer ou restabelecer o vínculo com a equipe, para que se transcorram harmoniosamente as outras interações inerentes a prática assistencial.

Finalmente, com a realização de ações educativas no decorrer do ciclo gravídico-puerperal espere-se orientar as mulheres sobre a importância das consultas de acompanhamento, instrumentá-las sobre uma nutrição adequada, avaliação odontológica, aleitamento materno exclusivo, anticoncepção pós-parto, planejamento familiar e, além disso, os cuidados com o recém-nascido, bem como, outros temas que surjam da interação entre equipe/usuárias.

A avaliação desses grupos ocorrerá por meio do relato das participantes, elencando pontos positivos e pontos a melhorar.

Os resultados poderão sinalizar novos caminhos para a abordagem assistencial desse grupo de pessoas proporcionando um processo reflexivo sobre as práticas implementadas pela equipe.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Laporte-pinfieldi, A. S. C. et al Atenção nutricional no Pré-natal e no Puerpério: Percepção dos gestores da Atenção Básica de Saúde. Revista de Nutrição, Campinas, v. 29, p. 109-123, jan/fev, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/m/v29n1/1678-9865-rn-29-01-00109.pdf>.

Portal de Secretaria Municipal de Saúde Uruguaiana RS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas e Estratégicas (área técnica de saúde da mulher) pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. São Paulo (Estado) Secretaria de Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e a puerpera no SUS-SP: Manual Técnico do pré-natal e puerpério/organizado por Karina Calife, Tânia Lago, Carmen Lauras- São Paulo, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde, 2013. Disponível em http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas e Estratégicas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília, 2006.

BRASIL. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. Atendimento à imprensa. Cresce em 50% o número de gestantes acompanhadas na Bolsa Família; por Victor Maciel, Brasília DF, 2016.