



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Rosana Aparecida Quarezemin

Acompanhamento às gestantes identificadas na  
microárea compreendida pelo conjunto habitacional  
Haroldo de Andrade e área invadida denominada Terra  
Nova, em Barros Filho, Rio de Janeiro - RJ

Florianópolis, Março de 2023



Rosana Aparecida Quarezemin

Acompanhamento às gestantes identificadas na microárea compreendida pelo conjunto habitacional Haroldo de Andrade e área invadida denominada Terra Nova, em Barros Filho, Rio de Janeiro - RJ

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

Orientador: Angélica Cristiane Ovando  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Rosana Aparecida Quarezemin

Acompanhamento às gestantes identificadas na microárea compreendida pelo conjunto habitacional Haroldo de Andrade e área invadida denominada Terra Nova, em Barros Filho, Rio de Janeiro - RJ

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 Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Angélica Cristiane Ovando**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** Estratégia de Saúde da Família Peixoto atende moradores do Conjunto Habitacional Haroldo de Andrade Filho, composto por 36 blocos com 1.260 apartamentos, tendo cerca de 3000 habitantes. Ao lado do conjunto habitacional há uma área de invasão denominada Terra Nova, com cerca de 280 pessoas ainda não registradas em sua totalidade, pelas constantes mudanças de localização e pela dificuldade de acesso pela equipe. Um dos problemas verificados são as gestantes que não comparecem a todas as consultas agendadas de pré-natal e acompanhamento de alto risco; principalmente as adolescentes que, além de não comparecerem a todas as consultas agendadas, costumam não realizar os exames e tratamentos solicitados. **Objetivo:** contribuir para a melhoria de tomadas de decisões e alcance de resultados sobre gestantes residentes na micro área constituída pelo conjunto residencial Haroldo de Andrade Filho e a área de invasão (Terra Nova). **Metodologia:** consiste em realizar testes rápidos de gravidez e infecções sexualmente transmissíveis, além de vacinar gestantes a partir de 20 semanas de gravidez, contando com o apoio da CAP 3.3 e da Escola Municipal Temistocles Dalmacio Pereira, que nos cederia a quadra escolar para a ocorrência do evento. Realizamos a primeira Ação Social em 23 de outubro de 2019 e resolvemos estendê-la para cobrir a vacinação contra sarampo e o Bolsa Família. Teria duração de nove horas; infelizmente, fomos interrompidos três horas depois por atores sociais do Complexo do Chapadão, que lançaram uma granada em frente ao portão da Escola, durante confronto com policiais militares. **Resultados esperados:** concluímos que nossos objetivos são perfeitamente viáveis, ao contarmos com o apoio da CAP e da comunidade, através da escola municipal, sua diretora e da Associação de Moradores local, que se empenhou em localizar novas habitantes.

**Palavras-chave:** Gravidez de Alto Risco, Gravidez na adolescência, Sífilis Congênita, Vulnerabilidade Social



# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>21</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>23</b>



# 1 Introdução

Este levantamento epidemiológico da população abrange a Unidade Básica de Saúde Clínica da Família Adolfo Ferreira de Carvalho no Rio de Janeiro/RJ e dos adictos da Equipe de Saúde da Família (ESF) Peixoto, feito por busca de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB - Datasus, Rio Prefeitura Saúde, IBGE, SUBPAV, População Net, Secretaria Municipal de Saúde - RJ (SMS-RJ), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Rio Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Informações em Saúde - TABNET, Centro Nacional de Epidemiologia - CENEPI, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, na própria unidade de Atenção Básica da Saúde e observação do bairro Barros Filho na cidade do Rio de Janeiro-RJ. Barros Filho é um bairro do município do Rio de Janeiro situado na Zona Norte da cidade e pertence a AP 3.3. Possui praças, escolas e creches, possuindo uma unidade do SESI Abriga algumas indústrias e um pequeno comércio local com característica familiar. Possui três condomínios-parque habitados por pessoas da classe média e classe média baixa e várias comunidades de população que vão de extremamente pobre à vulnerável. As ruas são asfaltadas e tem uma UBS, a Clínica da Família Adolfo Ferreira de Carvalho, que conta com seis Equipes de Saúde da Família.

A minha ESF é a Peixoto, que atende moradores do Conjunto Habitacional Haroldo de Andrade Filho, que faz parte do programa Minha Casa Minha Vida. O conjunto é composto por 36 blocos com 1.260 apartamentos, tendo cerca de 3000 habitantes. O conjunto foi destinado a moradores de áreas de risco e insalubres, sendo também habitado por imigrantes africanos oriundos do Congo e de Angola. Ao lado do conjunto habitacional há uma área de invasão denominada Terra Nova, com cerca de 280 pessoas ainda não registradas em sua totalidade, pelas constantes mudanças de localização e pela dificuldade de acesso pela nossa equipe causada pelos constantes conflitos sociais e mudança de localização de seus habitantes; não tendo saneamento básico e água potável para todos, domicílios improvisados, alto número de moradores por domicílio, analfabetismo, baixa escolaridade do chefe da família, baixa renda e consumo de drogas lícitas e ilícitas por parte de seus moradores, incluindo gestantes.

O perfil epidemiológico da nossa micro área mostra como principais agravos à saúde e que constituem as queixas mais comuns de nossos adscritos, a Hipertensão Arterial Sistêmica (Prevalência de 11,6 pessoas por 1000 habitantes), a Diabetes Mellitus (Prevalência de 5,8 homens e 6,4 mulheres por mil habitantes), HIV (Prevalência de 9 pessoas por 1000 habitantes) e/ou de Tuberculose (8 pessoas por 1000 habitantes). Além das morbidades, o Coeficiente de Natalidade em Barros Filho é cerca de 15%, sendo que 38% das gestantes são adolescentes. O número de gestantes captadas entre junho-2018 e julho-2019 foi de 196. A cobertura vacinal de rotina alcançada, de crianças menores de 1 ano, na nossa

CF, é de 87,2%. As doenças mais comuns em crianças menores de 1 ano de vida no mês de julho de 2019 são Virose, Conjuntivite, Diarreia Aguda, Bronquiolite e escabiose. A partir da ação concreta dos nossos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnica de enfermagem, enfermeiras residentes, técnica de Saúde Bucal, dentista e da médica da ESF Peixoto, o presente planejamento busca contribuir para a melhoria de tomadas de decisões e alcance de resultados sobre as gestantes adscritas na microárea constituída pelo conjunto residencial Haroldo de Andrade Filho e a área de invasão (Terra Nova); ambos localizados na área Programática 3.3 do Município do Rio de Janeiro.

Temos como objetivo buscar e alcançar gestantes que não comparecem a todas as consultas agendadas de pré natal e acompanhamento de alto risco; principalmente as adolescentes que, além de não comparecerem a todas as consultas agendadas, costumam não realizar os exames e tratamentos solicitados; principalmente o de sífilis na gravidez; o que pode contribuir para o aparecimento da sífilis congênita, que é uma doença transmitida para a criança durante a gestação (transmissão vertical) e que pode causar óbito fetal e abortamento, podendo ocorrer infecção assintomática ou sintomática nos recém-nascidos. Conhecendo que um número maior que 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento e que o surgimento dos primeiros sintomas geralmente ocorrem nos primeiros 3 meses de vida, ressaltamos a importância da triagem sorológica da mãe durante o pré-natal e na maternidade. Por isto, indica-se os Testes Rápidos de DST no primeiro trimestre de gestação, terceiro trimestre de gestação e no momento do parto ou em casos de aborto. Este planejamento, quando posto em prática, possibilitará a identificação destas gestantes, permitindo, assim, uma melhor intervenção no acompanhamento de gestantes de risco na área de atuação da nossa ESF.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Contribuir para a melhoria de tomadas de decisões e alcance de resultados sobre gestantes residentes na microárea constituída pelo conjunto residencial Haroldo de Andrade Filho e a área de invasão (Terra Nova), ambos localizados na área Programática 3.3 do Município do Rio de Janeiro. Objetivamos alcançar, principalmente, as adolescentes entre 12 e 17 anos que não comparecem na maioria das consultas Pré-natais, não realizam os exames solicitados e não comparecem às consultas agendadas em outras unidades de saúde para acompanhamento de gestação de alto risco.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Detectar novas gestantes;
- Detectar precocemente e acompanhar com maior frequência as gestantes portadoras de DST, principalmente a sífilis, que é a de maior incidência entre nossas gestantes adolescentes;
- Aumentar o número de consultas pré-natais afim de diminuir os riscos para natimortos e morte neonatal.



## 3 Revisão da Literatura

### A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE E NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 2006). A medicina atual mudou a forma de ver e tratar o ser humano, valorizando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, dedicando cuidados integrais ao indivíduo e sua família. Para que os objetivos sejam alcançados, faz-se necessário a atuação de uma equipe multidisciplinar integrada e que compartilhe responsabilidades para resolução dos problemas apresentados (LEÃO, 2005).

O Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde preconiza: O Ministério da Saúde recomenda iniciar acompanhamento da gestante no primeiro trimestre de gravidez e a realizar pelo menos seis consultas (sendo, no mínimo, duas realizadas por médico).

Segundo (NEME, 2000), o pré-natal tem a função preventiva da saúde materna e perinatal, contribuindo para a diminuição dos índices de mortalidade.

A importância de haver multidisciplinaridade nas equipes que promovem a Saúde e referem à pluridisciplinaridade, segundo Sauep et Al (2005):

A multidisciplinaridade indica uma execução de disciplinas desprovidas de objetivos comuns sem que ocorra qualquer aproximação ou cooperação.

Na pluridisciplinaridade haveria um núcleo comum, já aparecendo uma relação, com certo grau de colaboração, mas sem uma ordenação. O que Rosenfeld apud Perini et al (2001) chama de multidisciplinar, Japiassú (1976) chama de pluridisciplinar; estas duas terminologias são frequentemente tidas como sinônimas.

A composição de uma equipe multiprofissional na Unidade Básica de Saúde (UBS) pode abranger todos os profissionais que lidem com pacientes: técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, educador físico, farmacêuticos, técnico em saúde bucal, dentista, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde.

[...] incentivar o pré-natal por meio de campanhas coletivas, estimular a busca ativa domiciliar por meio dos agentes comunitários, ampliar a cobertura de áreas com o programa Saúde da Família, disponibilizar atendimentos de qualidade e o estabelecimento de vínculo entre profissionais da saúde e gestantes (ANDREUCCI; CECATI, 2011, p 1056).

A equipe deve estar atenta ao trabalho educativo e preparada para responder a maioria das questões que surgem em grupos de pré-natal, abordando questões relativas à sexualidade e a importância das consultas agendadas; assim como, abordar assuntos mais complexos, tais quais a importância da participação do pai durante a gestação e do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança, o preparo psicológico das mulheres

que tem contra-indicação para o aleitamento materno (cardiopatia grave e portadoras de HIV); não esquecendo de explicar a importância das consultas puerperais.

Aos Auxiliares Comunitários de Saúde (ACS) caberá a preferência das visitas domiciliares, com o mínimo de duas por cada gestação, reforçando o vínculo entre a gestante e sua família com a UBS, promovendo a integração e seu contexto social.

O (a) Técnico (a) de Enfermagem poderá reforçar a orientação sobre a importância do pré-natal e da amamentação; verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante. Fornecerá medicação, mediante receita médica ou medicamentos padronizados para o programa, aplicará a vacina antitetânica; além de participar das atividades educativas.

O papel do (da) Enfermeiro(a) no acompanhamento do pré-natal: o Manual "Assistência Pré-natal: manual técnico", do Ministério da Saúde (SCHIRMER, 2000), estabelece que: "Ao Ministério da Saúde compete estabelecer políticas e normas técnicas para a atenção pré-natal de boa qualidade. Além dos equipamentos e instrumental necessários, deve-se levar em conta a capacitação da equipe de saúde". No mesmo Manual: "O diagnóstico da gravidez pode ser feito pelo médico ou pelo enfermeiro da unidade básica..." (pág. 17). "De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – (BRASIL, 1977) –, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira" (pág. 18). "As secretarias estaduais e municipais de saúde devem adaptar, colocar em prática e avaliar a aplicação destas normas, visando à melhoria da qualidade do pré-natal em todo o país". O enfermeiro encaminhará gestantes classificadas de risco para o médico.

O intervalo entre as consultas deve ser de quatro semanas. Após a 36ª semana, a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias, visando à avaliação da pressão arterial, da presença de edemas, da altura uterina, dos movimentos do feto e dos batimentos cardíacos.

O Médico(a) realizará consultas de pré-natal intercaladas com o (a) enfermeiro (a); orientando a gestante quanto aos fatores de risco; solicitará exames e sugerirá tratamento conforme as Normas Técnicas e protocolos; além de identificar gestantes de risco, encaminhando-as para a unidade de referência e atualizar o cartão da gestante a cada consulta. Caso haja necessidade, participará de grupos de gestantes e realizará visita domiciliar.

É fundamental o papel do Dentista no pré-natal, Caberá a ele orientar as gestantes quanto à escovação correta e ao uso do fio-dental, evitando a cárie e a doença periodontal. De acordo com a Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, as alterações hormonais comuns à gestação, como aumento dos hormônios estrogênio e progesterona, podem agravar as condições de doenças periodontais, como sangramento na gengiva.

## **2- A ATUAÇÃO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB) PARA A CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL**

- ” – Cria o NASF , sendo: • NASF 1: 8 a 20 eSF e custeio de R\$ 20 mil; • NASF 2: vinculado a 3 a 7 eSF e custeio de R\$ 6 mil;
- PNAB (Portaria nº2.488/2011): • O parâmetro de vinculação para NASF 1 é reduzido para 8 a 15 eSF; • O custeio do NASF 2 sobe para R\$ 8 mil; • O número de profissões sobe de 13 para 19;
- Portaria nº 3.124/2012: • Cria o NASF 3, assim, todo município com ESF pode ter NASF-AB; • O parâmetro de vinculação de NASF 1 é reduzido para 5 a 9 eSF; • O parâmetro de vinculação de NASF 2 é reduzido para 3 a 4 eSF;
- Portaria nº 562/2013: • Início da participação do Nasf no PMAQ AB (2º ciclo);
- Portaria 1171/2016: Credencia equipes de NASF em municípios com casos confirmados de microcefalia na 13ª semana epidemiológica de 2016.
- Publicação do guia para a Estimulação Precoce na AB ([ANTUNES, 2016](#)).

– Tem responsabilidade, junto com a Equipe de Saúde da Família (eSF) e Equipe de Atenção Básica (eAB), pelo território e usuários, produzindo responsabilidade mútua pelo cuidado; – Deve ampliar o escopo de ações de AB e contribuir para o aumento da resolubilidade da AB; – Podem aumentar a capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários, integrando os diferentes núcleos profissionais que compõem a Atenção Básica (AB). (Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família Coordenação-Geral de Garantia dos Atributos )

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica busca maior resolutividade através do atendimento focado na família, na comunidade e no território.

Reúne especialistas diversos, de acordo com a regionalidade e suas necessidades, com a finalidade de oferecer assistência integrada a população, aumentando a capacidade de assistência da atenção básica ao ajudar a resolver casos complexos, oferecendo maior conforto e segurança aos pacientes.

A composição das equipes podem ser constituídas por todos ou alguns profissionais:

01. Médico Ginecologista/Obstetra
02. Médico Acupunturista
03. Médico Homeopata
04. Médico Pediatra
05. Médico Psiquiatra
06. Médico Geriatra 07. Médico Internista (clínica médica)
08. Médico do Trabalho
09. Médico Veterinário
10. Assistente Social 1
11. Farmacêutico
12. Fisioterapeuta

13. Fonoaudiólogo
14. Nutricionista
15. Prof. de Educação Física
16. Psicólogo
17. Terapeuta Ocupacional
18. Prof. de arte/educação
19. Prof. de saúde sanitaria

### **A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE TERRITORIAIS COM O APOIO DA COMUNIDADE**

O território é um espaço delimitado politicamente e administrativamente ou por ações de determinados grupos de atores sociais. Neste, são construídos e exercidos os poderes de atuação do Estado, dos agentes e de seus cidadãos.

É importante a integração de todos os agentes atuantes com a população local, além do apoio das entidades sociais que fazem parte do território para o enfrentamento de problemas e necessidades peculiares e de difíceis resoluções (COX; MAIR, 1991).

No território de Barros Filho, Rio de Janeiro, RJ, bairro constituído em grande parte por baixa classe média, com renda per capita entre R\$ 291 a R\$ 441 e classe média, com ganho entre R\$ 441 a R\$ 641, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual a 0,750 (IBGE 2000), pudemos contar com o apoio da Escola Municipal Temistocles Dalmacio Pereira, que nos apoiou na ação planejada, cedendo parte de suas dependências para atendermos gestantes de grande vulnerabilidade social, que por motivos de conflito social não compareciam regularmente às consultas previamente agendadas; além do apoio fundamental da Coordenadoria de Saúde AP 3.3, que nos enviou todo o material necessário para efetuarmos a referida ação na microárea atendida pela nossa Equipe de Saúde da Família, a Peixoto.

### **A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL NA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA**

O período perinatal começa em 22 semanas completas (154 dias) de gestação (época em que o peso de nascimento é normalmente de 500g) e termina com sete dias. É a ocorrida no primeiro ano de vida. Divide-se em neonatal (primeiros 28 dias incompletos) e pós - neonatal (nos meses seguintes) (OMS, 2006).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), mortes maternas são as que ocorrem na gestação, no parto e até 42 dias após o parto, onde 92% são por causas evitáveis, tais quais as causadas por hipertensão, infecções ou hemorragias.

A redução da mortalidade materna no Brasil é uma das preocupações do Ministério da Saúde (MS), sendo um importante indicador de saúde da população feminina. Dados obtidos pelo MS entre 1990 e 2015 indicam a redução na razão de mortalidade materna de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos; que representou uma diminuição de 56%, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a reconhecer avanços

significativos desde a década de 90 nas políticas públicas de saúde.

Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), indicam que em 2015 o nosso País registrou 1738 mortes maternas por óbitos provocados por problemas gravídicos, durante o parto ou no puerpério Imediato (1° ao 10° dia) e Tardio (11° ao 42° dia).

Em 2016, o SIM registrou uma queda de 16% em relação ao ano anterior, com 1.463 mortes.

Visando reduzir a mortalidade materna, o Ministério da Saúde implementou políticas para fortalecer o atendimento às gestantes, a humanização do parto e ao nascimento, implantando a Estratégia Rede Cegonha afim de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País; acompanhando a gestante da concepção ao pós-parto, e a criança durante seu desenvolvimento até completar dois anos de nascida.

Com a melhoria da atenção estendida do pré-natal ao pós-parto, instituiu medidas de qualificação dos profissionais de saúde abrangendo da atenção básica aos serviços de urgência e emergência. Conjuntamente, fortaleceu ações da Comissão Nacional de Mortalidade Materna e dos Comitês Estaduais e Municipais de Investigação do Óbito Materno.

Importantíssimo a gestante procurar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e iniciar o pré-natal o mais precocemente possível; assim como ser avaliada por profissional qualificado que identifique a necessidade de assistência especializada e de maior complexidade. É através desta avaliação que se detecta a gravidez de risco.



## 4 Metodologia

As baixas condições sócio-econômicas, baixo nível de escolaridade, medo de portarem DST, distância da UBS de suas moradias (cerca de três km), falta de dinheiro para passagens e o medo de se deslocarem para a Unidade Básica de Saúde, por ameaça de facções rivais adjacentes, levaram a um número reduzido de consultas de Pré-Natal entre as gestantes adolescentes. Isto levou a não realização de Testes Rápidos para detecção de Doenças Sexualmente Transmissíveis e de exames de rotinas do primeiro e terceiro trimestre solicitados, ocasionando o aumento de casos de Sífilis materno-fetal e o não acompanhamento das gestações de alto risco, o que poderia resultar em aumento de mortalidade materno-fetal.

Pensamos em uma solução possível para atendermos as referidas gestantes e obtermos maior número de consultas.

Idealizamos promover a realização de Campanhas de Ação Social, para atingirmos nosso objetivo de identificar novas gestantes residentes no Conjunto Residencial Haroldo De Andrade (Estr. Alm. Santiago Dantas, 2-148 - Barros Filho, Rio de Janeiro - RJ, 21665-210) e na área de invasão denominada Terra Nova (área adjacente); realizar testes rápidos de DST em todas as novas gestantes identificadas e buscarmos ativamente as gestantes faltosas às consultas Pré-natais. Objetivávamos levar também as vacinas recomendadas para gestantes a partir de 20 semanas de gravidez (Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto - difteria, tétano e coqueluche – dTpa ou dTpa-VIP Dupla adulto (difteria e tétano) – dT + Vacina contra hepatite B (recombinante).

Afim de obtermos os resultados esperados, estabelecemos levar material para realização de Teste Rápido de Gravidez e DST (Sífilis, HIV, Hepatites B e C ) ao território adicto e atender demandas clínicas e orientações dentárias na quadra da escola municipal Temistocles Dalmacio Pereira (Estr. Alm. Santiago Dantas, 170 - Barros Filho, Rio de Janeiro - RJ, 21665-210). Além disso, outra ação incluiu a remarcação de consultas para gestantes faltosas e também a realização de exames de sonar fetal, aferição da pressão arterial e teste de glicemia capilar *in loco*, para as gestantes que não comparecem à UBS por causa dos conflitos sociais.

Estávamos em agosto de 2019 e planejávamos realizar a Ação em dezembro do mesmo ano e repeti-la a cada três meses.

Contávamos com o apoio da gerente Lara e da CAP 3.3 (que providenciaria as vacinas e as geladeiras de vacinas) , além da colaboração da direção da escola municipal Temistocles Dalmacio Pereira, que cederia gentilmente as dependências da quadra escolar e dos banheiros anexos.

Os responsáveis pela ação seriam os ACS, as técnicas de enfermagem e de Saúde Bucal, enfermeiras R1 e R2, preceptora das enfermeiras residentes, dentista e médica.



## 5 Resultados Esperados

Realizamos a primeira Ação Social, que teria a duração de nove horas, para detecção e acompanhamento de nossas gestantes e resolvemos estendê-la para cobrir a vacinação contra sarampo e as indicadas para a vigésima semana gestacional. A CAP 3.3 providenciou as vacinas em acondicionamento térmico de acordo com as normas técnicas recomendadas.

As ACS se encarregaram da pesagem e medição de estatura para o Bolsa Família, além de atualizar cadastros irregulares. A técnica de enfermagem, juntamente com as enfermeiras R1 e R2 mais a preceptora, realizaram a cobertura da vacinação contra sarampo, em adultos e crianças e aplicaram Testes Rápidos para DST em quem solicitou e nas gestantes que ainda não os tinham realizados.

A técnica de saúde bucal e a dentista forneceram avaliações de casos e orientações necessárias, além da marcação de consultas para os que precisavam. A médica (eu) realizou a avaliação de possíveis novas gestantes, aplicando o Teste Rápido de Gravidez e preenchimento de dados médicos nas respectivas fichas cadastrais de cada gestante, além de orientar outras pessoas, esclarecer dúvidas diversas e marcar futuras consultas.

A busca pelo nosso atendimento presencial na comunidade foi grande. Infelizmente, tivemos nossa ação interrompida, três horas após seu início, por um ator social do Complexo do Chapadão que estava em fuga e adentrou a nossa microárea, que é área rival, lançando um artefato explosivo na porta da escola para despistar a polícia e ganhar tempo para fugir. A área foi isolada pela Polícia Militar (PM), que acionou o Esquadrão Anti-bombas. Nossa equipe, alunos e professores foram mantidos dentro do colégio por horas, em segurança, seguindo as instruções da PM. Ajudamos a acalmar as pessoas ali presentes e lamentamos que o corrido tenha cessado abruptamente nossa ação, desta forma.

Pudemos observar que nossos objetivos são perfeitamente viáveis ao contarmos com o apoio da CAP e da comunidade, através da escola municipal, sua diretora e da Associação de Moradores local, que se empenhou em localizar novas habitantes.

Infelizmente, estamos enfrentando tempos difíceis, onde a estrutura da Saúde tem falta de profissionais médicos, restando apenas duas médicas do PNMM em minha UBS, para atender à demanda de seis equipes de saúde. Isto acarretará em tempo indefinido para uma nova ação concreta.



## Referências

- ANTUNES, A. E. B. Guia sobre a estimulação precoce na atenção básica. *Guia sobre A estimulação precoce na Atenção Básica*, p. 5–35, 2016. Citado na página 15.
- BRASIL. Lei do exercício profissional da enfermagem. publicado no DOU de 09.06.87, Brasília, n. 1, 1977. Citado na página 14.
- COX, K.; MAIR, A. From localised social structures to localities as agents. *Environment and Planning A*, v. 23, p. 197–203, 1991. Citado na página 16.
- LEÃO, E. *Pediatria ambulatorial*. Belo Horizonte: COOPMED, 2005. Citado na página 13.
- NEME, B. *Obstetrícia básica*. São Paulo: Sarvier, 2000. Citado na página 13.
- OMS, O. M. da S. Constituição da organização mundial da saúde: suplemento da 45ª edição. *Documentos básicos*, v. 45, p. 1–1, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 16.
- SCHIRMER, J. *Assistência Pré-natal: manual técnico*. 2000. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_11.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf)>. Acesso em: 04 Ago. 2020. Citado na página 14.