

Universidade Aberta do SUS – UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 3



**Melhoria no Programa de Atenção ao Pré-natal e Puerpério na Unidade de
Saúde da Família Aurelina Gonçalves de Jesus em Wanderley-BA**

Célia Coimbra de Almeida Lopes

Pelotas
2014

CÉLIA COIMBRA DE ALMEIDA LOPES

**Melhoria no Programa de Atenção ao Pré-natal e Puerpério na Unidade de
Saúde da Família Aurelina Gonçalves de Jesus em Wanderley-BA**

Trabalho apresentado ao
Programa de Pós - Graduação em
Saúde da Família – Modalidade a
Distância – UFPEL/UNASUS, como
requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Lenise Patrocínio Pires Cecilio

**Pelotas
2014**

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

L864m Lopes, Célia Coimbra de Almeida

Melhoria no programa de atenção ao pré-natal e puerpério na Unidade de Saúde da Família Aurelina Gonçalves de Jesus em Wanderley-BA / Célia Coimbra de Almeida Lopes ; Lenise Patrocínio Pires Cecilio, orientadora. — Pelotas, 2014.

98 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Pré-natal. 4. Puerpério. 5. Saúde da mulher. I. Cecilio, Lenise Patrocínio Pires, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Dedico esse trabalho aos usuários dos serviços de Saúde que tanto vem contribuindo com o meu crescimento. Aos meus colegas de trabalho que sempre estiveram presentes durante todo o processo de intervenção e do curso.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pelo dom da vida e pela oportunidade de aprender um pouco mais.

Aos meus pais que sempre me incentivaram a lutar por meus objetivos.

Ao meu esposo que sempre me deu força para continuar com essa especialização.

À minha orientadora sempre tão dedicada e compreensiva durante toda a jornada.

Obrigada!

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

RESUMO

ALMEIDA, Célia Coimbra. Melhoria do Programa de Atenção ao Pré-natal e Puerpério na Unidade de Saúde da Família Aurelina Gonçalves de Jesus em Wanderley-BA. 2013, 100f. Trabalho de Conclusão de Curso Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

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, com características e necessidades únicas. O presente trabalho consiste no relato de uma intervenção realizada durante 16 semanas na Unidade de Saúde da Família Aurelina Gonçalves de Jesus, em Wanderley, na Bahia, com a finalidade de qualificar a atenção ao pré-natal e puerpério. Foram desenvolvidas atividades em quatro eixos de trabalho: qualificação da prática clínica, monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço e engajamento público. A atuação com o público alvo e a comunidade se deu por meio de consultas individuais, onde eram atendidas as necessidades biológicas/físicas/mentais de cada caso, e atividades coletivas, focadas em educação popular em saúde e integração equipe/comunidade. Foram acompanhadas 40 gestantes cadastradas, e, durante as 16 semanas, 14 delas se tornaram puérperas, dando a luz a bebês saudáveis. As ações proporcionaram grande melhoria nos indicadores de saúde relacionados à assistência de pré-natal e puerpério e a qualificação dessa ação programática, além de otimizar a realização dos exames laboratoriais e melhorar a classificação de risco da população alvo e a sistematização do pré-natal odontológico. A reorganização da atenção ao pré-natal e puerpério promoveu um impacto também em outros programas e grupos de atendimento como puericultura, saúde do planejamento familiar, tabagismo e etilismo vinculado às famílias das gestantes, que passaram a ser observadas quanto à situação de risco e vulnerabilidade, a partir de um olhar ampliado e um atendimento global.

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

Lista de Figuras

Figura 1: Mapa de localização do município de Wanderley – Bahia – Brasil	15
Figura 2: Evolução Populacional de 1990 a 2010 em Wanderley, Bahia e Brasil	16
Figura 3: Pirâmide etária populacional de Wanderley, Bahia e Brasil – 2010	17
Figura 4: Quadro do cronograma de atividades da intervenção.....	50
Figura 5: Gráfico indicativo da cobertura de pré-natal na UBS	63
Figura 6: Gráfico indicativo de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre de gestação.....	64
Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de gestantes com as consultas em dia conforme o protocolo.....	65
Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de gestantes com exame ginecológico em dia conforme protocolo.....	66
Figura 09: Gráfico indicativo da proporção de gestantes com exame clínico das mamas em dia.....	67
Figura 10: Gráfico da proporção de gestantes com prescrição de suplementação de sulfato ferroso.....	69
Figura 11: Gráfico da proporção de gestantes com prescrição de suplementação de ácido fólico	69
Figura 12: Gráfico indicativo da proporção de gestantes com a vacina antitetânica em dia conforme protocolo	71
Figura 13: Gráfico indicativo da proporção de gestantes com a vacina contra Hepatite B em dia conforme protocolo	72
Figura 14: Gráfico indicativo da proporção de gestantes com avaliação de saúde buca....	73
Figura 15: Gráfico demonstrativo da proporção de gestantes que recebeu orientação nutricional.	75
Figura 16: Gráfico ilustrativo da proporção de gestantes orientadas sobre aleitamento materno.....	75
Figura 17: Gráfico indicativo da proporção de gestantes orientadas sobre os cuidados com o recém-nascido.....	76
Figura 18: Ilustrativo das gestantes que receberam orientação anticoncepção pós-parto	77
Figura 19: Gráfico indicativo da proporção de gestantes orientadas sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação	77
Figura 20: Quadro demonstrativo da proporção de gestantes que receberam orientação sobre higiene bucal e prevenção de cárie, na mãe e no recém-nascido...78	

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrônimos

ABO-RH: Exame que identifica a tipagem sanguínea de acordo com os antígenos de superfície das hemácias

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

API: Boletim Mensal de Doses Aplicadas

APS: Atenção Primária em Saúde

BA: Bahia

BETAHCG: Teste que verifica os níveis do hormônio Gonadotrofina Coriônica Humana – e identifica a gestação

CAM: Centro de Atenção à Mulher

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

DHEG: Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

DM: Diabetes Mellitus

DPP: Data Provável do Parto

DUM: Data da última Menstruação

ESF: Estratégia Saúde da Família

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HBSAG: Exame que indica infecção pelo vírus da hepatite B(HBV)

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

HPP: Hospital de Pequeno Porte

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IG: Idade Gestacional

IGG: Imunoglobulina G

IGM: Imunoglobulina M

ITU: Infecção do Trato Urinário

MEDCASA: Medicamento em Casa – Programa do Governo do Estado da Bahia para atenção aos diabéticos e hipertensos

MS: Ministério da Saúde

NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA: Pressão Arterial

PCCU: Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino

PHPN: Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade

PNI: Programa Nacional de Imunização

PSF: Programa Saúde da Família

RN: Recém-nascido

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESAB: Secretaria do Estado da Bahia

SISPNI: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização

SISPRENATAL: Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

TFD: Tratamento Fora do Domicílio

USF: Unidade de Saúde da Família

USG: Ultrassonografia

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory - Teste para identificação de com sífilis

Sumário

1	Análise situacional.....	12
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em Wanderley – BA em 04/08/2012	12
1.2	Relatório da Análise Situacional – em 25/10/2012.....	15
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	26
2	Análise estratégica – Projeto de Intervenção	27
2.1	Justificativa.....	27
2.2	Objetivos e metas.....	29
2.2.1	Objetivo geral	29
2.2.2	Objetivos específicos.....	29
2.2.3	Metas.....	29
2.3	Metodologia.....	32
2.3.1	Ações	32
2.3.2	Indicadores para monitorar o alcance das metas.....	35
2.3.3	Logística	42
2.3.4	Cronograma	50
3	Relatório da intervenção.....	51
4	Avaliação da intervenção	62
4.1	Resultados	62
4.2	Discussão.....	79
4.3	Relatório da intervenção para gestores.....	82
4.4	Relatório da intervenção para comunidade	85
5	Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	87
6	Bibliografia.....	90
	Anexos.....	91
	Anexo A - Ficha de Pré-natal.....	91
	Anexo B – Planilha de coleta de dados.....	92
	Anexo C – Folha de Aprovação do comitê de Ética.....	93
	Apêndices.....	94
	Apêndice 1 - Ficha de monitoramento de exames de pré-natal.....	94
	Apêndice 2 - Registro Fotográfico.....	95

Apresentação

O presente trabalho consiste no relato do processo de planejamento e realização de uma intervenção na Unidade de Saúde da Família Aurelina Gonçalves de Jesus localizada no Município de Wanderley, na Bahia, com a finalidade de promover melhorias na atenção ao pré-natal e puerpério. Foram desenvolvidas várias atividades com esse foco, apresentadas a seguir. O trabalho inicia-se com uma análise da situação da unidade, descrevendo estrutura física, recursos humanos e características dos serviços de saúde disponíveis para assistência à população. Após identificar aspectos positivos e aspectos a serem melhorados no local, foram traçados objetivos, metas e ações a serem desenvolvidas na área de abrangência, por meio de uma análise estratégica que deu origem ao projeto de intervenção. Apresentamos aqui o relatório do que foi realizado durante as 16 semanas de intervenção, os resultados obtidos e a discussão do trabalho, finalizando com uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

1 Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS (Estratégia de Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde) em Wanderley – BA em 04/08/2012

Trabalho em Wanderley, município localizado no Oeste da Bahia na microrregião de Barreiras. A população Municipal hoje é composta por um pouco mais de 12 mil habitantes, possuindo grande extensão territorial, sua economia focada na pecuária, com um dos maiores rebanhos bovinos da Bahia, aliada à agricultura, onde se destaca o plantio do milho, feijão e da mandioca, além de atividades relacionadas ao comércio. Como todos os município da região, Wanderley possui clima é seco, sub-úmido e semi-árido, sua temperatura varia entre 18°C e 36°C. O período chuvoso mais importante vai de Novembro a Março e varia com uma pluviosidade de 800 a 1500 mm anuais.

Em relação à saúde, o município conta com um hospital de pequeno porte, onde atende a maioria dos casos de urgência e emergências, 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família do tipo 2 (NASF 2) e um projeto de promoção à atividade física. Possui 100% de cobertura de PSF, com 05 Unidades de Saúde da Família (USF), três na zona urbana e duas na zona rural. Quatro dessas unidades começaram a funcionar nos últimos 04 anos. A equipe onde trabalho entrou em funcionamento desde setembro de 2010, em uma estrutura improvisada, passando a funcionar em estrutura própria em janeiro de 2012, estando, ainda, em período de organização de trabalho. Estou na unidade Aurelina Gonçalves de Jesus desde sua implantação, e por ser a profissional com mais tempo no município assessorei na estruturação de todas as outras quatro unidades implantadas.

Atendemos uma população diversificada, pertencente a diversas classes sociais, composta, a em sua maioria, por moradores da zona urbana (70%). Enfrentamos algumas dificuldades em fazer com que a população compareça em reuniões e encontros com a equipe, até mesmo por ser uma questão cultural onde, até pouco tempo, praticava-se apenas ações curativas, e não preventivas.

Com a descentralização e o início do acompanhamento desses usuários em USF, e não mais no Hospital de Pequeno Porte (HPP) regional, estamos, aos

poucos, mostrando os benefícios e as vantagens de uma atenção mais focada na prevenção de doenças e promoção à saúde.

Durante a fase de implantação dos serviços enfrentamos muitas dificuldades referentes à falta de materiais, condições de trabalho insalubres devido ao calor e falta de ventilação, escassez de recursos humanos, dentre outras, mas com muita boa vontade da equipe e da comunidade, conseguimos doações de cadeiras e outros materiais em almoxarifados da prefeitura e escolas do bairro. Com o tempo fomos substituindo esses materiais à medida que vinham verbas do Ministério da Saúde (MS).

Hoje estamos em estrutura própria, padronizada pelo Ministério da Saúde composta por recepção, sala de triagem, sala de espera, sala de procedimentos, consultório médico e de enfermagem conjugados, consultório odontológico, sala de vacina, expurgo, sala de esterilização, sanitários para os usuários e para funcionários, copa, sala de estar e sala para materiais de limpeza. Durante o último ano, com o recurso do PMAQ (Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), conseguimos estruturar quase totalmente nossa unidade, e falta pouco para estruturação completa.

Contamos com atendimento médico 04 dias na semana, das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00 horas, sendo que o profissional permanece na unidade durante toda a carga horária. Em um dia na semana ele atende na unidade hospitalar de pequeno porte do município. São realizadas uma média diária de 65 consultas entre as médicas, de enfermagem e odontológicas, 10 visitas domiciliares médico/enfermeiro por semana, além de realização de outros procedimentos como vacinação, curativo, medicações injetáveis prescritas, nebulizações, lavagem de ouvido, retirada de pontos e outros procedimentos.

As consultas médicas são realizadas por ordem de chegada, porém, obedecendo a classificação de risco. No início de cada período são distribuídas 15 fichas, e quando não é possível atender toda a demanda, os usuários são triados e, não se tratando de um atendimento de urgência, agendados automaticamente para o próximo período de atendimento ou para a data seguinte, a depender da necessidade e escolha do mesmo. Em relação às consultas médicas referentes aos programas de atenção aos portadores de hipertensão arterial e/ou diabete mellitus, pré-natal, hanseníase, tuberculose e saúde mental, os usuários são pré-agendados para uma data já prevista no cronograma de atendimento da unidade, e durante

esse dia não são realizados outros atendimentos, a não serem urgências. Em relação às consultas de enfermagem e odontológicas, são sempre agendadas com antecedência.

A equipe da unidade é composta por 01 médica, 01 enfermeira, 01 dentista, 02 técnicas de enfermagem, 01 auxiliar de saúde bucal, 01 recepcionista, 01 auxiliar de farmácia, 01 digitador, 01 auxiliar de limpeza e 09 Agentes Comunitários de Saúde.

As reuniões em equipe para discutir assuntos relacionados à assistência prestada e assuntos internos da unidade são quinzenais.

Em relação ao controle social, na maioria das vezes são os agentes de saúde quem trazem as reivindicações, sugestões, elogios e/ou críticas dos usuários em relação ao atendimento e a partir daí sentamos e nos reunimos para discutir e buscar soluções, principalmente no que diz respeito às relações entre os profissionais e entre eles e os usuários. Temos um espaço aberto para diálogo onde todos se colocam frente a uma determinada situação.

Desde a implantação da equipe avançamos muito. Dentre esses avanços podemos identificar a quase completa estruturação da unidade, o reconhecimento do trabalho da equipe por parte da população adstrita e até mesmo por parte da gestão municipal, que nos considera a equipe que alcançou mais êxito e que atende melhor aos usuários. Temos conseguido realizar visitas domiciliares apesar das dificuldades de transporte, e todos da equipe estão sempre dispostos a colaborar para a melhoria de toda a assistência.

Em relação à população adstrita, ela é composta por grande quantidade de idosos, o que vem aumentando o número de usuários portadores de doenças crônico-degenerativas e em sofrimento mental. Essa característica se configura um grande desafio, pois não temos muito suporte e não somos capacitados de forma adequada para lidar e acompanhar tais usuários.

Outra deficiência que vejo em minha equipe é a falta de desenvolvimento de mais atividades na população referentes à educação popular em saúde nas comunidades e nas escolas. Mas vejo como potencialidade a união da equipe, a realização de reuniões quinzenais onde discutimos assuntos relacionados à assistência e às relações interprofissionais, a busca pela melhora do atendimento, os Agentes Comunitários de Saúde que são, com certeza, a linha de frente da atenção básica e da saúde, por estarem em contato permanente com as famílias e

conhecerem a fundo sua área de abrangência, podendo identificar problemas relacionados à saúde das famílias e serem disseminadores de informações e a facilidade de parceria com as escolas a fim de promover atividades de educação em saúde e as visitas domiciliares que são realizadas semanalmente pela equipe, importante meio de estreitar nosso vínculo com as famílias.

Os encontros dos programas de Hipertensão e Diabetes, Hanseníase e Tuberculose são mensais e os dos programas de pré-natal, acompanhamento e desenvolvimento infantil, prevenção de câncer de colo de útero e planejamento familiar são semanais sendo que os usuários passam por consultas médicas e de enfermagem conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

O relacionamento entre os membros da equipe é muito bom, por esse motivo conseguimos avançar muito. Discutimos casos juntos, buscamos solucionar os problemas dos usuários e da unidade, temos uma de amizade e trabalhamos de forma interdisciplinar. Por enquanto não temos essa dificuldade de relacionamento entre os membros da equipe e as áreas, mas sabemos que essa é uma peculiaridade de nossa unidade e que isso pode vir a mudar com a troca dos profissionais.

1.2 Relatório da Análise Situacional – em 25/10/2012

Wanderley é um município localizado no Oeste da Bahia, pertencente à microrregião de Barreiras. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui pouco mais de 12 mil habitantes, com grande extensão territorial, resultando em uma baixa densidade populacional (4,1 hab/km²) (IBGE, 2010).

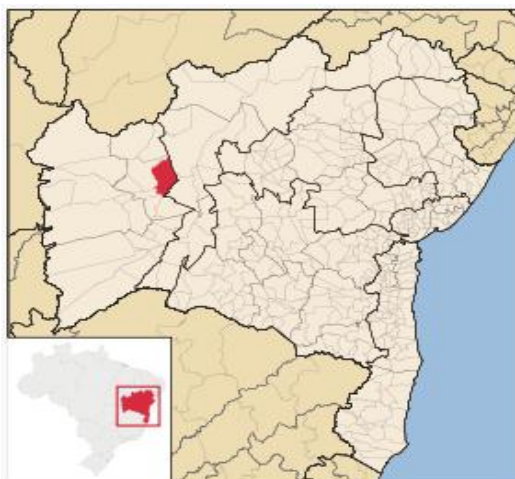


Figura 1: Mapa de localização do município de Wanderley – Bahia – Brasil

Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Wanderley_\(Bahia\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Wanderley_(Bahia))

Sua principal atividade econômica é a pecuária, com um dos maiores rebanhos bovinos da Bahia, que chega a produzir cerca de 27 mil litros de leite por dia. A organização da política agrícola local valorizou o pequeno agricultor através do desenvolvimento da agricultura familiar, gerando renda no município e realizando um feito diferenciador de muitos outros: a prefeitura deixou de ser o maior empregador do município. Na agricultura se destacam o plantio do milho, feijão e mandioca. Possui clima seco, subúmido e semiárido, com temperaturas variando entre 18°C e 36°C. O período chuvoso mais importante vai de novembro a março e varia com uma pluviosidade de cerca de 800 a 1500 mm anuais (IBGE, 2010).

O município vem sofrendo um decréscimo populacional nos últimos anos (2000 a 2010 = -0,89), fenômeno diferente do que vem acontecendo com a população estadual baiana e brasileira, e que merece um olhar atento das autoridades e profissionais locais (IBGE, 2010).

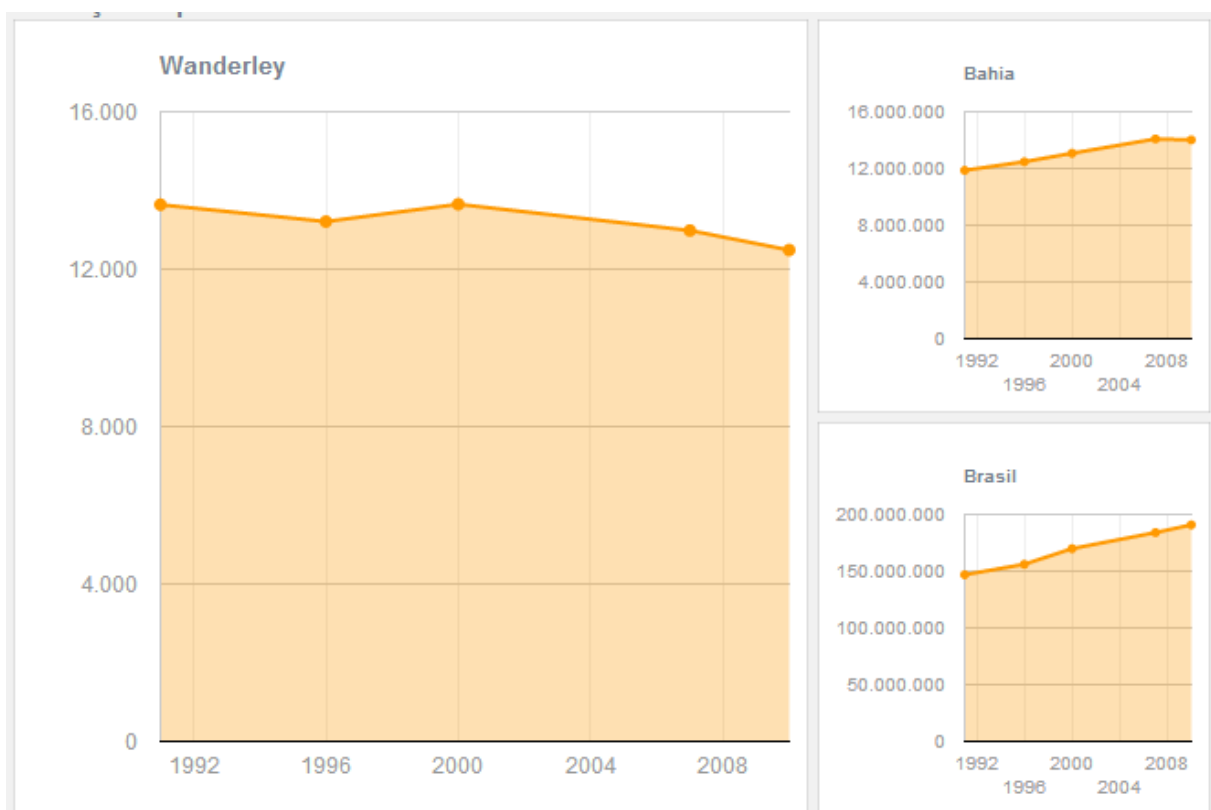


Figura 2: Evolução Populacional de 1990 a 2010 em Wanderley, Bahia e Brasil.

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991, Contagem Populacional 1996, Censo Demográfico 2000, Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico 2010)

Além desse decréscimo, podemos observar também diferenças nas características da pirâmide populacional no que diz respeito à distribuição etária da

população. Observa-se um estreitamento, principalmente entre os 20 e os 39 anos, que pode ser sinal de poucas oportunidades de trabalho e crescimento para a população adulta. Essa faixa etária é, também, a faixa etária fértil, que, procurando outros municípios para fixarem moradia, contribuem para o decréscimo nas taxas de natalidade, possível fator interveniente para a linha decrescente na evolução da população geral.

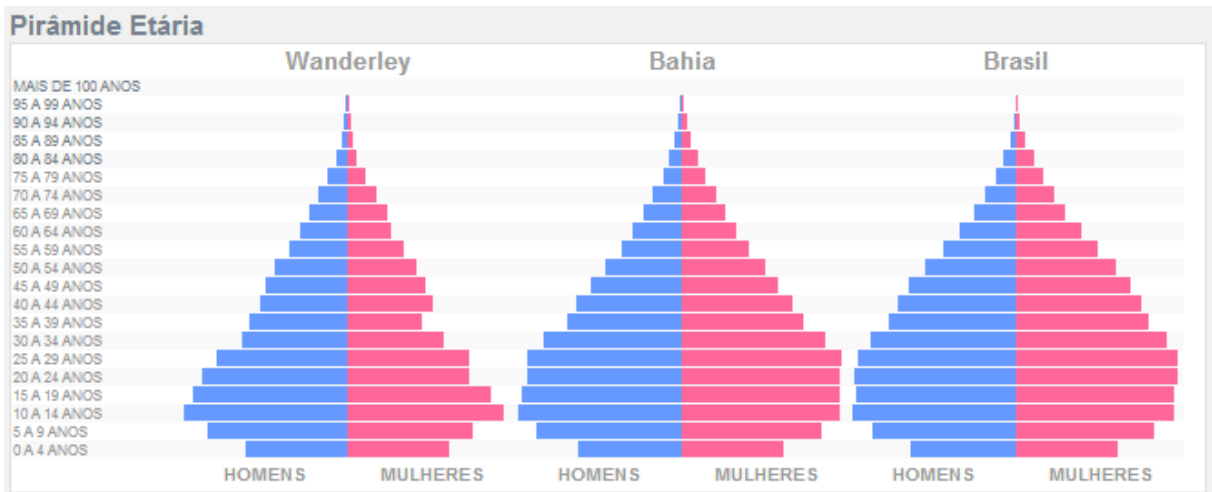


Figura 3: Pirâmide etária populacional de Wanderley, Bahia e Brasil – 2010
Fonte: IBGE – Censo demográfico 2010

Em relação ao setor saúde, o município possui 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com 05 Unidades de Saúde da Família (USF), três na zona urbana e duas na zona rural, um hospital de pequeno porte (HPP), 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Tipo 2 (NASF 2), um projeto de promoção à atividade física, 01 Central de Assistência Farmacêutica, que distribui medicamentos para todas as unidades, e 01 ambulância básica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Nos últimos anos houve grande investimento na ampliação da atenção básica na saúde e no saneamento básico, elevando o número da área coberta de abastecimento e fornecimento de água tratada de 18% para quase 100% da população. Quatro das USF entraram em funcionamento nos últimos 04 anos. Também houve investimentos no esgotamento sanitário e o município já tem aprovado um projeto técnico para a construção de um aterro sanitário simplificado com coleta seletiva e destinação para reciclagem. Isso, com certeza, causa um impacto muito positivo nos principais indicadores de saúde do município.

A Unidade de Saúde da Família Aurelina Gonçalves de Jesus entrou em funcionamento em setembro de 2010, em uma estrutura improvisada, e passou a funcionar em estrutura própria em janeiro de 2012. Atende a uma população diversificada, pertencente a diversas classes sociais sendo composta, em sua maioria, por moradores da zona urbana (70%), com apenas 30% de usuários da zona rural.

Segundo a base de dados do Sistema de Informações da Atenção Básica Municipal, a população adstrita à Unidade Básica de Saúde (UBS) é composta por, aproximadamente, 3200 pessoas cadastradas, dentro dos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde, e com distribuição por sexo e faixa etária semelhante à estimada para a distribuição da população brasileira, mas guardando algumas características locais como menor número de adultos jovens e maior número de idosos.

A equipe de trabalho é composta por 01 médica, 01 enfermeira, 01 cirurgiã-dentista, 02 técnicas de enfermagem, 01 auxiliar de saúde bucal, 01 recepcionista, 01 auxiliar de farmácia, 01 digitador, 01 auxiliar de limpeza e 09 Agentes Comunitários de Saúde. A unidade recebe apoio matricial do NASF 2, composto por 02 fisioterapeutas, 01 farmacêutico, 01 educador físico, 01 psicóloga e 01 assistente social.

Durante a fase de implantação e implementação dos serviços enfrentamos muitas dificuldades referentes, principalmente, à falta de materiais, condições de trabalho insalubres devido ao calor e falta de ventilação e escassez de recursos humanos. No entanto, com o empenho dos profissionais e a colaboração da comunidade conseguimos algumas doações de cadeiras e outros materiais em almoxarifados da prefeitura e de escolas da área. Com o tempo fomos substituindo esses materiais por meio das compras realizadas pela prefeitura com as verbas vindas dos programas ministeriais. Hoje estamos em estrutura própria, padronizada pelo Ministério da Saúde (MS), composta por recepção, sala de triagem, sala de espera, sala de procedimentos, consultório médico e de enfermagem conjugados, consultório odontológico, sala de vacina, expurgo, sala de esterilização, sanitários para os usuários e para funcionários, copa, sala de estar e sala para materiais de limpeza. Durante o último ano, com o recurso do PMAQ (Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), conseguimos estruturar melhor a unidade.

Temos atendimento médico 04 dias na semana das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00 horas, com o profissional permanecendo na unidade durante toda a carga horária. Infelizmente essa citação é necessária, pois é de conhecimento público a dificuldade nacional que se tem com a classe médica no que diz respeito ao cumprimento da carga horária de trabalho. No quinto dia da semana ele atende na unidade hospitalar de pequeno porte do município. São realizadas uma média diária de 30 consultas médicas, 20 consultas de enfermagem e 15 consultas odontológicas, cerca de 10 visitas domiciliares médico/enfermeiro por semana, além de outros procedimentos como vacinação, curativos, medicações injetáveis prescritas, nebulizações, lavagem de ouvido e retiradas de pontos.

As consultas médicas são realizadas por ordem de chegada, mas obedecendo a classificação de risco. Quando a demanda é maior que a oferta, os usuários são triados e agendados automaticamente para o próximo período de atendimento ou para a data seguinte, dependendo da escolha do mesmo. Se a demanda for de urgência ou emergência, o usuário é atendido com prontidão.

Em relação às consultas médicas programáticas de atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabete Mellitus, pré-natal, hanseníase, tuberculose ou saúde mental, os usuários são agendados previamente, para uma data já prevista no cronograma de atendimento da unidade, e durante esse dia não são realizados outros atendimentos, a não serem as urgências/emergências. Em relação às consultas de enfermagem e odontológicas, todas são agendadas com antecedência.

Em relação ao controle social, na maioria das vezes são os Agentes de Saúde quem trazem as reivindicações, sugestões, elogios e/ou críticas dos usuários em relação ao atendimento e a partir daí sentamos e nos reunimos quinzenalmente para discutir e buscar soluções para as relações entre os profissionais e com os usuários.

Desde a implantação da equipe alcançamos muito êxitos, como a quase completa estruturação da unidade, o reconhecimento do trabalho da equipe por parte da população adstrita e até mesmo por parte da gestão municipal que considera como a equipe que alcança mais resultados positivos e que atende melhor aos usuários. Temos conseguido prestar assistência domiciliar apesar das dificuldades de transporte e todos da equipe estão sempre dispostos a colaborar para a melhoria da assistência.

Enfrentamos certa dificuldade em fazer com que a população compareça em reuniões e encontros com a equipe, possivelmente por uma questão cultural. Até pouco tempo a organização do setor da saúde local era baseado quase que totalmente em ações curativas e não preventivas. Com a descentralização e o início do acompanhamento dos usuários pela ESF, e não mais pelo HPP regional, estamos, aos poucos, mostrando os benefícios e as vantagens de uma assistência focada na prevenção de doenças e promoção à saúde.

A mudança desse paradigma vem acontecendo aos poucos, com a organização da equipe e a participação da comunidade. Dessa maneira buscamos estruturar os principais programas de atenção à saúde para a nossa população. Por sermos uma unidade de funcionamento relativamente novo, muitos são os entraves, mas também muitos são os avanços.

Em relação ao pré-natal, a unidade acompanha, atualmente, 29 gestantes, de 30 identificadas na área de abrangência, o que corresponde a uma cobertura de 96%. Observa-se que o número de gestantes está abaixo do estimado que seria de 48 gestantes, o que corresponde a 1,5% da população local. No entanto os registros estão atualizados, de mostrando, realmente números reais confiáveis.

As consultas de pré-natal são realizadas uma vez por semana, nos dois turnos, e, quando a gestante não comparece à consulta, ela é atendida em outro dia da semana. A primeira consulta é sempre realizada pela enfermeira por conta do cadastramento no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPreNatal). O médico realiza consultas no primeiro e terceiro trimestre de gestação, ficando à enfermeira a responsabilidade do acompanhamento nas demais consultas. Nesses atendimentos, se necessário, as gestantes são encaminhadas, de imediato, para avaliação médica. A unidade dispõe de todo o material necessário para o pré-natal, como: sonar, pinard, sulfato ferroso, ácido fólico e panfletos educativos. Os exames complementares laboratoriais são realizados no município, mas, para exames de ultrassonografia (USG), as gestantes são encaminhadas para Barreiras, a 133 km do município. O serviço odontológico na unidade começou a funcionar, de fato, há 6 meses, e devido à demanda reprimida, as gestantes ainda não vem sendo avaliadas pelo odontólogo rotineiramente, sendo essa uma grande fragilidade do programa. Todas as gestantes acompanhadas na unidade são cadastradas no SISPreNatal e, além dos prontuários, a unidade dispõe de livros de registros de consultas e exames, o que

facilita o acompanhamento. Todas as gestantes cadastradas são acompanhadas na USF, até mesmo de alto risco, e que realizam acompanhamento com o obstetra. O pré-natal é realizado em, sua maioria, na rede pública municipal, sendo que apenas 2% da população possuem plano de saúde. Mesmo aquelas mulheres que realizam acompanhamento de pré-natal na rede particular, acompanham também na unidade, principalmente pelo fato de que os médicos conveniados aos planos de saúde ser de outros municípios, exigindo deslocamento para o acompanhamento. Assim, como garantia, as mesmas acabam realizando acompanhamento duplo.

Algumas fragilidades são percebidas durante esse processo de acompanhamento, principalmente no início do período gestacional e no que se refere aos exames protocolares. As gestantes são captadas, principalmente, por meio de encaminhamentos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e por livre demanda, na maioria das vezes com atraso menstrual, quando é solicitado exame confirmatório de gravidez – Beta HCG. Infelizmente o problema inicia neste momento, pois a mesma retorna com o exame somente após duas a três semanas, o que, sabidamente, impacta na eficiência do pré-natal, já que se perdem semanas sem iniciar o uso de medicamentos que poderiam prevenir más-formações fetais, como o ácido fólico. Após este momento é iniciado o pré-natal efetivamente, com solicitação da rotina de exames referentes ao primeiro trimestre, como preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). A gestante, então, é orientada a procurar o laboratório de análises clínicas municipal, na data prevista, para agendamento, onde será marcada uma data para coleta dos exames, que muitas vezes demora duas ou mais semanas para serem realizados.

Após a coleta, a média de espera para recebimento e apresentação dos resultados na USF é de aproximadamente 01 semana. Todo o processo é completado em média, em 30 a 40 dias, chegando até 60 dias. Ou seja, a gestante retorna para mostrar exames e ser reavaliada após um longo período do diagnóstico gestacional, o que dificulta a tomada de condutas médicas e/ou de enfermagem oportunamente, e pode impactar negativamente no andamento do pré-natal, tanto para a saúde materna quanto fetal.

Nesse contexto percebemos a necessidade de adotar estratégias para melhorar a cobertura no que se refere à avaliação odontológica durante o pré-natal e também para melhorar o acesso da gestante aos métodos diagnósticos por imagem (USG Obstétrica). Precisamos ainda adotar como rotina o exame ginecológico da

gestante e realizá-lo sempre e não apenas quando a gestante refere alterações ginecológicas, pois apesar dos profissionais perguntarem à gestante se existe alguma alteração em todas as consultas, a usuária pode omitir fatos até mesmo por falta de conhecimento. Em relação à vacinação contra Hepatite B não estamos com cobertura completa, e esse é outro fator de grande preocupação da equipe no que se refere à qualidade do pré-natal da unidade.

No que diz respeito à atenção à saúde das crianças, percebemos que o número de consultas de puericultura encontra-se muito abaixo do ideal, focado, principalmente, na primeira infância, mais especificamente, nos primeiros 24 meses de vida, e, a partir daí, a atenção passa a ser, praticamente, de demanda espontânea, e não mais de programa de acompanhamento. A maioria das mães ou responsáveis comparecem à unidade para realização do teste do pezinho das crianças, mas não voltam para todas as consultas de acompanhamento protocolares. O município não oferece aos usuários o teste da orelhinha e algumas crianças realizam o exame no município de Barreiras, a 133 km do local. A cobertura estimada do programa na UBS atualmente é de 60%, o que demonstra a necessidade de uma intervenção focada também para esse público. Para melhorar esse indicador, a equipe vem utilizando algumas estratégias como enfatizar a importância do acompanhamento da criança durante as consultas de pré-natal, captar as crianças durante a realização do teste do pezinho para realização da 1ª consulta até o 7º dia de vida, agendar as consultas para a mesma data da vacina, que tem uma boa cobertura e trabalhar os temas relativos à puericultura em atividades de sala de espera. A intensificação das ações focadas na melhoria da assistência ao pré-natal repercutirá positivamente também para esse público tendo em vista o fato de que essas mulheres estarão mais informadas e conscientes da importância desse acompanhamento para a saúde de seus filhos.

Quanto à saúde da mulher, principalmente em relação à prevenção ao câncer de colo de útero e mama, a coleta do exame preventivo de colo de útero é feita pelo enfermeiro, semanalmente, numa média de 12 coletas semanais. O material é, então, encaminhado para o município de Barreiras para análise laboratorial e, após, análise retorna ao município para as unidades de origem. Durante a coleta é realizado o exame clínico das mamas de todas as usuárias e a solicitação de mamografia quando necessário, conforme protocolo ministerial. Observa uma grande procura dessas usuárias pelo procedimento na unidade, sendo que a

unidade realiza o dobro e até mesmo o triplo de coletas quando comparadas às demais Unidades de Saúde do Município. Esse fato ocorre não pelo fato da unidade se concentrar um maior número de mulheres na faixa etária estimada, e sim por essas mulheres terem uma maior adesão ao programa. No entanto, não temos ainda um mapeamento detalhado dessas mulheres na unidade o que demonstra uma falha no acompanhamento desse público. Quanto à realização das mamografias é bem precária, dependemos da pactuação com o município de Barreiras, e, além da dificuldade de acesso pela distância geográfica, o acesso não é garantido a todas as mulheres da faixa etária também devido ao número reduzido de vagas.

Os resultados dos exames são disponibilizados na recepção para as usuárias e os Agentes Comunitários de Saúde realizam busca ativa das usuárias que, ou não compareceram para pegar resultado, ou dos casos de alterações diagnosticadas. No momento em que a usuária comparece para pegar o resultado dos exames são encaminhadas, sem agendamento, para consulta de enfermagem, onde elas recebem orientações e prescrição de tratamento, quando necessário, ou encaminhamento para consulta médica ou ginecologista em casos de lesões intraepiteliais. No caso de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) II ou III, a usuária é encaminhada pela ginecologista para o Centro de Atendimento à Mulher (CAM), localizado no município de Barreiras, onde recebe o tratamento necessário. Em caso de câncer de colo uterino, as usuárias são encaminhadas para Salvador, onde são tratadas e acompanhadas. Para deslocamento, essas usuárias recebem recurso do Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Todas as usuárias conseguem agendar e realizar a coleta de material para o exame preventivo no prazo de 01 semana e estão satisfeitas com o atendimento recebido na unidade. A cobertura também é satisfatória, mas um ponto negativo está na demora em receber o resultado do exame. O Laboratório onde o material é examinado atende a todos os municípios da regional e possui apenas um profissional habilitado para o serviço. Os resultados dos exames chegam à unidade em um prazo de dois meses após a coleta e, por esse motivo, os casos sintomáticos são tratados no momento oportuno, segundo o Protocolo de Abordagem Sindrômica. Diante do exposto, vê-se a necessidade da pactuação dos municípios com outros laboratórios, a fim de aperfeiçoar e agilizar o processo de análise das lâminas e entrega de resultados.

As consultas do programa de acompanhamento aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) são realizadas 02

vezes por mês, sendo um dia destinado ao atendimento aos hipertensos e 01 aos diabéticos. Nesse dia são realizadas atividades educativas na sala de espera, consulta médica e de enfermagem, entrega de medicações e orientações gerais sobre o uso correto da medicação, atividades físicas monitoradas, orientação sobre alimentação e monitoramento dos índices pressóricos e glicêmicos.

Nem todos os usuários comparecem no dia agendado e atendemos uma grande parte deles durante o período destinado ao atendimento de outros grupos. Tínhamos um grande problema em relação ao acompanhamento dos hipertensos, com baixa cobertura e grande número de ausências ao acompanhamento, mas após a implementação do programa Medicamento em Casa (MEDCASA) do Governo Estadual da Bahia, estamos conseguindo acompanhar a grande maioria dos usuários cadastrados e, conseqüentemente, manter seus níveis pressóricos mais adequados.

Um dos requisitos para a inclusão no programa é o usuário possuir uma pressão arterial (PA) controlada, o que tem contribuído para que esses usuários se esforcem mais em busca da comodidade de receber seu medicamento em casa. O mesmo ocorre com os diabéticos que, apesar de comparecerem com mais frequência a todas as consultas agendadas, ainda resistem em seguir as orientações fornecidas.

A unidade acompanha, hoje, 295 hipertensos e 43 diabéticos. O número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e acompanhados na unidade está abaixo do esperado considerando o número de pessoas da área adstrita. Supõe-se que uma parcela da população hipertensa e diabética ainda não tenha sido diagnosticada ou identificada, e realize acompanhamento na rede particular. Por essa razão, ações de rastreamento vêm sendo realizadas na unidade e em outras oportunidades como teste de glicemia capilar e aferição de PA em feiras livres e eventos diversos.

Nessa ação programática enfrentamos dificuldades em relação à disponibilidade dos medicamentos utilizados para o controle da HAS e/ou DM. Nem sempre os usuários encontram os medicamentos na farmácia básica e, por isso, suspendem o uso e interrompem o tratamento. O programa MEDCASA vem ajudando muito nesse aspecto, mas ainda acontece de sofrermos com a indisponibilidade dos remédios.

Não dispomos de um programa específico para acompanhamento dos idosos. Em sua maioria, são acompanhados com as consultas dos programas de HAS e/ou DM e em consultas comuns a outros usuários de diferentes faixas etárias. Apesar disso, os idosos têm prioridade no atendimento, e aqueles mais debilitados são acompanhados em domicílio durante as visitas domiciliares. O município estimula a prática de atividade física para esses usuários com grupos de alongamento que funcionam de segunda a sexta-feira, onde os participantes são monitorados pelo educador físico do projeto.

O atendimento dos idosos se dá conforme as queixas dos mesmos. Fornecemos orientações sobre prevenção de quedas e acidentes domésticos, vacinação e sobre o Estatuto do Idoso. Recebemos várias cadernetas do idoso e já começamos a preencher e a orientar os usuários acerca das mesmas e da importância de do acompanhamento na unidade. A estimativa do número de idosos residentes na área foi um pouco maior do que o esperado para a população (307 idosos), pois nossa área de abrangência coincide com a área onde residem os primeiros moradores da cidade, um bairro antigo e tradicional.

A equipe procura trabalhar, hoje, além do enfoque clínico, com uma abordagem educacional coletiva. Existem atividades em sala de espera e grupos de trabalho e atividades físicas que visam a educação em saúde, a prevenção de doenças e a promoção de hábitos de vida saudáveis, além dos grupos programáticos. Os encontros dos programas de Hipertensão e Diabetes, Hanseníase e Tuberculose são mensais e os dos programas de Pré-natal, acompanhamento e desenvolvimento infantil, prevenção de câncer de colo de útero e mama e planejamento familiar são semanais. Todos esses usuários passam por consultas médicas e de enfermagem conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Possuímos ainda no município um grupo de promoção à atividade física que desenvolve atividades supervisionadas específicas para os usuários todos os dias da semana, monitorados por um educador físico. Não contamos com nutricionista, as orientações nutricionais são passadas aos usuários pelo médico, enfermeiro e cirurgião-dentista durante as consultas e, quando necessário, os usuários são encaminhados para atendimento da nutricionista do NASF.

Uma deficiência que vejo em minha equipe é a falta de desenvolvimento de mais atividades na população referentes à educação popular em saúde nas

comunidades, nas escolas, e em outros espaços sociais da comunidade. As atividades restritas à USF tem um alcance restrito, e, muitas vezes, não chegam aos que, realmente, necessitam.

Um das potencialidades da USF, além da união da equipe, são os Agentes Comunitários de Saúde, responsáveis pela ligação entre a população e a unidade. O contato permanente com as famílias e o conhecimento do território faz dos mesmos, ferramentas fundamentais no sucesso do trabalho de toda a equipe, constituindo um meio de estreitar nosso vínculo com as famílias.

O relacionamento entre os membros da equipe é muito bom. Temos reuniões quinzenais onde discutimos casos juntos, buscamos solucionar os problemas dos usuários e da unidade, e trabalhamos de forma interdisciplinar. Isso, com certeza, intervêm positivamente nos resultados alcançados.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ao observar o texto apresentado no início do curso, com a situação avaliada em 04/08/2012, e compará-lo a análise situacional desenvolvida em 25/10/2012, após a realização da Unidade 1 do curso, percebe-se que a realização das atividades proporcionou um aprofundamento do olhar sobre o território e sobre os processos de trabalho, com uma análise mais completa da USF e das atividades ali desenvolvidas. Nota-se que o relatório redigido na 2ª semana de ambientação abordou as atividades desenvolvidas na unidade de uma maneira geral, e em nenhum momento foi feita uma descrição completa do funcionamento da unidade, com a visão territorial e programática das ações. É como se tivéssemos realizando um diagnóstico incompleto e superficial da unidade. Apesar de atuar como enfermeira da unidade há mais de 03 anos e estar na atenção básica do município há 05 anos, a prática somente não foi o suficiente para elaboração completa do diagnóstico situacional da unidade, pois faltaram vários aspectos que não foram abordados na semana de ambientação. A leitura dos textos de apoio possibilitou um olhar diferente e direcionado a cada ação desenvolvida complementando assim o diagnóstico inicial da unidade. Além disso, a leitura e discussão dos textos proporcionou a aquisição de mais conhecimentos e fortaleceu os conhecimentos adquiridos durante a minha prática clínica na unidade tanto do ponto de vista técnico

como do ponto de vista profissional. Percebi que o planejamento das ações em saúde deve ser baseado em uma análise detalhada e consolidada, sólida, fundamentada em informações concretas, experiências e características territoriais.

Foram aproximadamente 80 dias entre um texto e outro, não houve diferenças práticas de grandes dimensões na unidade nesse curto período de tempo, mas a diferença textual demonstra o olhar ampliado proporcionado pelas atividades da Unidade 1 – Análise Situacional.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A atenção obstétrica e puerperal 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 da assistência diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2011).

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2012). Para isto, estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal integral, com mecanismos estabelecidos de referência e contra referência.

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006).

Visando promover uma assistência de qualidade, ressaltamos a importância do acompanhamento do pré-natal, do acolhimento e da humanização nesse processo de gerar e parir, assegurando o desenvolvimento de uma gestação saudável e sem complicações.

Segundo o Ministério da Saúde, a maioria das mortes de menores de um ano ocorre no primeiro mês após o nascimento, o que poderia ser evitado se a gestante fizesse um pré - natal de qualidade com garantia de boa assistência na hora do parto e cuidado adequado ao recém-nascido (BRASIL, 2004).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, a efetividade da assistência pré-natal deve ser avaliada pelos sistemas nacionais de informação em saúde do município e do estado através de indicadores relacionados ao percentual de gestantes inscritas no programa até o quarto mês, que realizarem no mínimo seis

consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, incluindo o teste anti-HIV, e que receberem a dose imunizante da vacina antitetânica (BRASIL, 2006), o que demonstra a importância dos registros e do acompanhamento adequados na atenção primária à saúde.

Ao analisar a assistência ao pré-natal na unidade em estudo, percebe-se que existem lacunas de atenção, principalmente em relação ao acompanhamento de rotina, exames e adesão das parturientes aos cuidados do puerpério, exigindo que sejam adotadas estratégias para enfrentamento dos principais problemas e estratégias para qualificação da atenção como um todo.

Nesse sentido, justifica-se a realização de uma intervenção na USF Aurelina Gonçalves de Jesus, em Wanderley-BA, para promover o cuidado integral e com qualidade às gestantes, puérperas e recém-nascidos, atendendo ao que preconiza o Sistema Único de Saúde e Ministério da Saúde.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério na Unidade de Saúde da Família Aurelina Gonçalves de Jesus, no município de Wanderley, na Bahia.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura do pré-natal;
2. Melhorar a adesão ao pré-natal;
3. Melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizado na Unidade;
4. Melhorar registros das informações;
5. Mapear as gestantes de risco;
6. Realizar promoção da Saúde;
7. Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias das gestantes.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de Pré-Natal;

1. Garantir 95% de cobertura das gestantes da área com pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS);

2. Captar 90% das gestantes da área que não fazem pré-natal na UBS nem em outro serviço;
3. Garantir a captação de 80% das gestantes no primeiro trimestre de gestação.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a adesão ao pré-natal e puerpério

4. Recuperar 100% das gestantes faltosas às consultas de pré-natal.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizados na Unidade;

5. Capacitar 100% da equipe para a utilização do protocolo de atenção pré-natal do Ministério da Saúde;
6. Realizar pelo menos um exame ginecológico por trimestre em 100% das gestantes durante o pré-natal;
7. Realizar pelo menos um exame clínico de mamas em 100% das gestantes durante o pré-natal;
8. Garantir a 100% das gestantes a prescrição de suplementação de ácido fólico conforme protocolo;
9. Garantir a 100% das gestantes a prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo;
10. Garantir a 100% das gestantes a solicitação de tipagem sanguínea (ABO-Rh), sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) e de sorologia para hepatite B (HBsAg) na primeira consulta, e de hemoglobina/hematócrito, glicemia de jejum, exame para diagnóstico de sífilis (VDRL), exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma e testagem anti-HIV na primeira consulta e próximo à 30ª semana de gestação conforme o protocolo.
11. Garantir 100% de atendimento das intercorrências na gestação;
12. Garantir que 100% das gestantes estejam em dia com o esquema da vacina antitetânica;
13. Garantir que 100% das gestantes estejam em dia com o esquema da vacina de Hepatite B;
14. Realizar exame de puerpério em 100% das parturientes entre o 30º e 42º dia do pós-parto;

15. Garantir consulta especializada para 100% das gestantes que apresentarem esta necessidade;
16. Realizar avaliação de saúde bucal em 100% das gestantes acompanhadas na UBS.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar os registros das informações;

17. Manter registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação de 100% das gestantes.

Relativas ao objetivo 5: Mapear as gestantes de risco;

18. Realizar avaliação de risco gestacional em 100% das gestantes.

Relativas ao objetivo 6: Realizar promoção da saúde;

19. Garantir orientação nutricional a 100% das gestantes;
20. Promover o aleitamento materno a 100% das gestantes;
21. Orientar 100% das gestantes sobre os cuidados com o recém-nascido;
22. Orientar 100% das gestantes sobre anticoncepção após o parto;
23. Orientar 100% das gestantes sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação;
24. Orientar 100% das gestantes acompanhadas na unidade sobre a higiene bucal e prevenção de cárie, na mãe e no recém-nascido.

Relativas ao objetivo 7: Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias das gestantes;

25. Investigar em 100% das gestantes a cobertura vacinal de todos os indivíduos de sua família;
26. Investigar em 100% das gestantes a situação da prevenção do câncer de colo uterino e de mama de todas as mulheres de sua família;
27. Investigar em 100% das gestantes a situação do atendimento de puericultura das crianças de sua família;
28. Investigar em 100% das gestantes a situação do atendimento dos adultos hipertensos e/ou diabéticos de sua família;
29. Investigar em 100% das gestantes a situação do atendimento programático aos idosos de sua família;

30. Investigar os hábitos alimentares de 100% das famílias das gestantes;
31. Investigar a prática de atividade física regular em 100% das famílias das gestantes;
32. Avaliar a situação de risco e vulnerabilidade de 100% das famílias das gestantes.

2.3 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família Aurelina Gonçalves de Jesus, no Município de Wanderley-BA. Participarão do trabalho todas as gestantes pertencentes à área da Unidade de Saúde. Como base conceitual serão utilizados o Manual técnico do Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde (2006) e o Caderno de Atenção Básica nº 32 (2006), de Atenção ao Pré-natal de baixo risco, também publicação ministerial.

2.3.1 Ações

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade Básica de Saúde – Aurelina Gonçalves de Jesus. Participarão da intervenção todas as gestantes pertencentes à área de abrangência e cadastradas no SISPré-natal durante o período, número esse que, atualmente, está totalizando 29, mas que, com certeza, sofrerá variações pela entrada de novas gestantes e pela ocorrência de partos, tornando-as puérperas. Será utilizado como referência o protocolo do Ministério da Saúde: Atenção ao pré-natal e Puerpério (BRASIL, 2006), e serão planejadas ações em 04 eixos de trabalho: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

O ponto de partida da intervenção será a qualificação da prática clínica, com a capacitação de todos os profissionais da UBS pela enfermeira, odontóloga e médico da unidade e a realização de grupos de estudos. Será acordado em reunião de equipe para que tanto o enfermeiro como o médico e o odontólogo sigam o protocolo de pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde e ainda realizem registros nos prontuários das gestantes de todos os procedimentos e exames realizados durante

as consultas de pré-natal bem como procedam a entrega de sulfato ferroso, busca do histórico vacinal, solicitação de exames complementares e encaminhamentos, além do preenchimento do cartão espelho de todas as gestantes, para que sirva como instrumento para que seja realizado um monitoramento e avaliação da efetividade no processo de agendamento e realização de exames solicitados, bem como da cobertura do pré-natal. Essas anotações serão revisadas a cada consulta pela técnica de enfermagem da triagem e pela Auxiliar de saúde bucal a fim de evitar a perda de informações que porventura não forem registradas durante as consultas realizadas pelos profissionais de nível superior e/ou em caso de sobrecarga desses profissionais. Dessa forma, esses profissionais serão capacitados para tal procedimento.

Em relação à organização do serviço, o atendimento da gestante na UBS será considerado prioritário e todas as gestantes acompanhadas na unidade já sairão do consultório com retorno agendado, e caso ela necessite retornar para consulta fora da data agendada a mesma será atendida de imediato em situação de risco gestacional. Quando não necessitarem de atendimento imediato a mesma será atendida no mesmo período caso haja possibilidade ou será agendada para próximo período de atendimento. O agendamento será realizado pela própria enfermeira da unidade a fim de atender às necessidades advindas de cada gestante durante as consultas.

Durante as consultas de pré-natal serão fornecidas orientações sobre aleitamento materno, orientações nutricionais, cuidados com o recém-nascido, anticoncepção pós-parto, vacinação, etilismo e tabagismo. Além das orientações e acompanhamento das gestantes, as consultas de pré-natal serão utilizadas como estratégia para busca de familiares que se encontram em situações de risco e não realizam acompanhamento na UBS, além da promoção de hábitos de vida saudáveis. As orientações serão fornecidas por toda equipe. Através da sala de espera: técnicos de enfermagem, auxiliares, recepcionista, ACS, enfermeiro e odontólogo e nas consultas individuais por todos os profissionais de nível superior.

Em relação à saúde bucal, pretende-se que sejam destinadas vagas específicas para atendimento às gestantes nos dias de atendimentos de consultas de pré-natal na unidade (demanda / agenda compartilhada).

Para garantir a realização das consultas puerperais será realizada busca ativa das puérperas utilizando como parâmetro a DPP e para isso serão contatados os

Agentes Comunitários de Saúde a fim de que sejam realizadas visitas domiciliares, além de encaminhá-las para realização de consulta pós-parto na USF. Outra estratégia a ser utilizada é a captação dessas mulheres pelos técnicos de enfermagem durante a coleta de material para teste do pezinho e vacinação além de reforçar durante as consultas de pré-natal a importância da consulta pós-parto.

Além das ações já citadas, as ações de engajamento público são essenciais para o sucesso da intervenção, em decorrência da condução dos esclarecimentos e orientações à comunidade sobre a importância da realização do pré-natal e da consulta puerperal.

Serão nesses espaços que também ocorrerá o repasse de orientações necessárias como, a importância da realização do pré-natal e da consulta puerperal até o 30º dia pós-parto, cuidados com RN, incentivo ao aleitamento materno, incentivo a hábitos saudáveis de vida, importância da anticoncepção pós parto, o direito ao acesso à saúde, os serviços ofertados na Unidade em relação ao pré natal, entre outros. Será buscado com os ACS pessoas-chaves da comunidade, e com elas realizaremos uma reunião inicial, para explicar o projeto, seus objetivos, metas e ações, para que estabelecer parcerias para divulgação do projeto bem como as atividades de promoção à saúde. Estas orientações serão fornecidas por toda equipe durante as reuniões do grupo de gestantes e teremos ainda o apoio dos profissionais do NASF a fim de fortalecer o rol de discussões e melhor atender às demandas das usuárias.

Para contemplar a avaliação e monitoramento, que são de suma importância para a efetivação deste projeto, será utilizada a ficha espelho da gestante e o livro de registros das consultas de pré-natal realizadas na unidade, no qual constarão a data das consultas, data de entrega de exames complementares, vacinação, Data da Última Menstruação (DUM) e Data Provável do Parto (DPP), além da participação no grupo de gestantes. O preenchimento da ficha espelho será de responsabilidade de todos os profissionais da equipe. A adoção de ficha espelho, fluxogramas e protocolos são necessários para melhorar a qualidade dos registros e auxiliarão na realização da busca ativa das gestantes faltosas, bem como no monitoramento e acompanhamento de todas as gestantes.

2.3.2 Indicadores para monitorar o alcance das metas

Relativos às metas do objetivo 1: Ampliar a cobertura do pré-natal.

Meta 1: Garantir 95% de cobertura das gestantes da área com pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Indicador 1: Cobertura do programa de pré-natal e puerpério na UBS.

Numerador: Número de gestantes residentes na área que frequentam o programa na UBS.

Denominador: Número total de gestantes na área.

Meta 2: Captar 90% das gestantes da área que não fazem o pré-natal na UBS nem em outro serviço.

Indicador 2: Proporção de gestantes moradoras da área sem atendimento pré-natal captadas para o programa de pré-natal da UBS.

Numerador: Número de gestantes moradoras da área sem atendimento pré-natal na UBS ou outro serviço captadas para o programa de pré-natal da UBS.

Denominador: Número de gestantes moradoras da área sem atendimento pré-natal na UBS ou outro serviço.

Meta 3: Garantir a captação de 80% das gestantes no primeiro trimestre de gestação.

Indicador 3: Proporção de gestantes com início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação.

Numerador: Número de gestantes com início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação.

Denominador: Número de gestantes residentes na área que frequentam o programa na UBS.

Relativos às metas do objetivo 2: Melhorar a adesão ao pré-natal.

Meta 4: Recuperar 100% das gestantes faltosas às consultas de pré-natal.

Indicador 4: Proporção de gestantes faltosas às consultas recuperadas por busca ativa.

Numerador: número de gestantes faltosas às consultas recuperadas por busca ativa.

Denominador: número de gestantes faltosas às consultas.

Relativos às metas referentes ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizado na Unidade.

Meta 5: Capacitar 100% da equipe para a utilização do protocolo de atenção ao pré-natal do Ministério da Saúde.

Indicador 5: Proporção de profissionais capacitados para a utilização do protocolo de pré-natal do Ministério da Saúde.

Numerador: número de profissionais da equipe capacitados para a utilização do um protocolo de pré-natal do Ministério da Saúde.

Denominador: número de profissionais da equipe.

Meta 6: Realizar pelo menos um exame ginecológico por trimestre em 100% das gestantes durante o pré-natal.

Indicador 6: Proporção de gestantes com exame ginecológico trimestral em dia conforme período gestacional.

Numerador: gestantes com exame ginecológico trimestral em dia conforme período gestacional.

Denominador: gestantes cadastradas no programa.

Meta 7: Realizar pelo menos um exame clínico de mamas em 100% das gestantes durante o pré-natal.

Indicador 7: Proporção de gestantes com pelo menos um exame clínico de mamas durante o pré natal.

Numerador: número de gestantes com exame clínico de mama em dia.

Denominador: número de gestantes residentes na área cadastradas no programa.

Meta 8: Garantir a 100% das gestantes a prescrição de suplementação de ácido fólico conforme protocolo.

Indicador 8: proporção de gestantes com prescrição de suplementação de ácido fólico conforme o protocolo.

Numerador: número de gestantes com prescrição de ácido fólico conforme protocolo.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

Meta 9: Garantir a 100% das gestantes a prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo.

Indicador 9: proporção de gestantes com prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme o protocolo.

Numerador: número de gestantes com prescrição de sulfato ferroso conforme protocolo.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

Meta 10: Garantir a 100% das gestantes a solicitação de tipagem sanguínea (ABO-Rh), sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) e de sorologia para hepatite B (HBsAg) na primeira consulta, e de hemoglobina/hematócrito, glicemia de jejum, exame para diagnóstico de sífilis (VDRL), exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma e testagem anti-HIV na primeira consulta e próximo à 30ª semana de gestação conforme protocolo;

Indicador 10: proporção de gestantes com a solicitação de tipagem sanguínea (ABO-Rh), sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM), sorologia para hepatite B (HBsAg), hemoglobina/hematócrito, glicemia de jejum, exame para diagnóstico de sífilis (VDRL), exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma e testagem anti-HIV em dia conforme protocolo;

Numerador: número de gestantes com solicitação de tipagem sanguínea (ABO-Rh), sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM), sorologia para hepatite B (HBsAg), hemoglobina/hematócrito, glicemia de jejum, exame para diagnóstico de sífilis (VDRL), exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma e testagem anti-HIV em dia conforme protocolo;

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

Meta 11: Garantir 100% de atendimento das intercorrências na gestação.

Indicador 11: Proporção de gestantes que foram atendidas prontamente durante as intercorrências na gestação.

Numerador: número de gestantes atendidas prontamente durante as intercorrências na gestação.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa que tiveram intercorrências na gestação.

Meta 12: Garantir que 100% das gestantes estejam em dia com o esquema da vacina anti-tetânica.

Indicador 12: proporção de gestantes com o esquema vacina anti- tetânica em dia conforme período gestacional.

Numerador: número de gestantes com esquema de vacina antitetânica em dia conforme período gestacional.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

Meta 13: Garantir que 100% das gestantes estejam em dia com o esquema da vacina de Hepatite B.

Indicador 13: proporção de gestantes com o esquema da vacina da Hepatite B em dia conforme período gestacional.

Numerador: número de gestantes com esquema de vacina contra Hepatite B em dia.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

Meta 14: Realizar exame de puerpério em 100% das parturientes entre o 30^o e 42^o dia do pós-parto.

Indicador 14: Proporção de parturientes com exame puerperal entre o 30^o e o 42^o dia do pós-parto.

Numerador: número de parturientes que realizaram exame de puerpério entre o 30^o e o 42^o dias pós-parto.

Denominador: número de parturientes da área cadastradas no programa entre o 30^o e o 42^o dia de pós-parto ou após.

Meta 15: Garantir consulta especializada para 100% das gestantes que apresentarem esta necessidade.

Indicador 15: proporção de gestantes que realizaram consulta especializada.

Numerador: número de gestantes que realizaram consulta especializada.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa que necessitaram consulta especializada.

Meta 16: Realizar avaliação de saúde bucal em 100% das gestantes acompanhadas na UBS.

Indicador 16: proporção de gestantes com avaliação de saúde bucal.

Numerador: número de gestantes residentes na área com avaliação de saúde bucal.

Denominador: número total de gestantes da área.

Relativos às metas do objetivo 4: Melhorar registros das informações;

Meta 17: Manter registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação de 100% das gestantes.

Indicador 17: proporção de gestantes com registro atualizado na ficha espelho de pré-natal / vacinação.

Numerador: número de gestantes com registros atualizados na ficha espelho de pré-natal/vacinação.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

Relativos às metas do objetivo 5: Mapear as gestantes de risco;

Meta 18: Realizar avaliação de risco gestacional em 100% das gestantes.

Indicador 18: proporção de gestantes com avaliação de risco gestacional.

Numerador: número de gestantes com avaliação de risco gestacional.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

Relativa ao objetivo 6: Realizar promoção da Saúde;

Meta 19: Garantir orientação nutricional a 100% das gestantes.

Indicador 19: proporção de gestantes com orientação nutricional.

Numerador: número de gestantes com orientação nutricional.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

Meta 20: Promover o aleitamento materno junto a 100% das gestantes.

Indicador 20: proporção de gestantes orientadas sobre os benefícios do aleitamento materno.

Numerador: número de gestantes orientadas sobre os benefícios do aleitamento materno.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

Meta 21: Orientar 100% das gestantes sobre os cuidados com o recém-nascido.

Indicador 21: proporção de gestantes orientadas sobre cuidados com o recém-nascido.

Numerador: número de gestantes orientadas sobre os cuidados com o recém-nascido.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

Meta 22: Orientar 100% das gestantes sobre anticoncepção após o parto.

Indicador 22: proporção de gestantes orientadas sobre anticoncepção após o parto.

Numerador: número de gestantes orientadas sobre a anticoncepção após o parto.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

Meta 23: Orientar 100% das gestantes sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

Indicador 23: Proporção de gestantes orientadas sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

Numerador: número de gestantes orientadas sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

Meta 31: Orientar 100% das gestantes acompanhadas na unidade sobre a higiene bucal e prevenção de cárie, na mãe e no recém-nascido.

Indicador 24: proporção de gestantes acompanhadas na UBS orientadas sobre higiene bucal e prevenção de cárie.

Numerador: número de gestantes residentes na área que receberam orientação sobre a higiene bucal e prevenção de cárie.

Denominador: número total de gestantes da área cadastradas no programa.

Relativos às metas do objetivo 7: Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias das gestantes.

Meta 25: Investigar em 100% das gestantes a cobertura vacinal de todos os indivíduos de sua família.

Indicador 25: Proporção de gestantes investigadas e orientadas em relação à cobertura vacinal de todos os indivíduos de sua família.

Numerador: número de gestantes investigadas e orientadas em relação à cobertura vacinal de todos os indivíduos de sua família.

Denominador: número total de gestantes da área cadastradas no programa.

Meta 26: Investigar em 100% das gestantes a situação da prevenção do câncer de colo uterino e de mama de todas as mulheres de sua família.

Indicador 26: proporção de gestantes investigadas e orientadas quanto à situação da prevenção do câncer de colo uterino e de mama de todas as mulheres de sua família.

Numerador: número de gestantes investigadas e orientadas quanto a situação da prevenção do câncer de colo uterino e de mama de todas as mulheres de sua família.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

Meta 27: Investigar em 100% das gestantes a situação do atendimento de puericultura das crianças de sua família.

Indicador 27: proporção de gestantes investigadas e orientadas quanto à situação do atendimento de puericultura das crianças de sua família.

Numerador: número de gestantes investigadas e orientadas quanto a situação do atendimento de puericultura das crianças de sua família.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

Meta 28: Investigar em 100% das gestantes a situação do atendimento dos adultos hipertensos e/ou diabéticos de sua família.

Indicador 28: proporção de gestantes investigadas e orientadas em relação à situação do atendimento dos adultos hipertensos e ou diabéticos de sua família.

Numerador: número de gestantes investigadas e orientadas em relação a situação do atendimento dos adultos hipertensos e ou diabéticos de sua família.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

Meta 29: Investigar em 100% das famílias das gestantes a situação do atendimento programático aos idosos de sua família.

Indicador 29: proporção de gestantes investigadas e orientadas em relação à situação do atendimento aos idosos de sua família.

Numerador: número de gestantes investigadas e orientadas em relação à situação do atendimento aos idosos de sua família.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

Meta 30: Investigar os hábitos alimentares em 100% das famílias das gestantes.

Indicador 30: proporção de gestantes investigadas e orientadas quanto aos hábitos alimentares em sua família.

Numerador: número de gestantes investigadas e orientadas quanto aos hábitos alimentares em sua família.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

Meta 31: Investigar a prática de atividade física regular em 100% das famílias das gestantes.

Indicador 31: proporção de gestantes investigadas e orientadas quanto a prática de atividade física regular em suas famílias.

Numerador: número de gestantes investigadas e orientadas quanto a prática de atividade física regular em suas famílias.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

Meta 32: Avaliar a situação de risco e vulnerabilidade de 100% das famílias das gestantes.

Indicador 32: proporção de gestantes com avaliação da situação de risco e vulnerabilidade de suas famílias.

Numerador: número de gestantes com avaliação da situação de risco e vulnerabilidade de suas famílias.

Denominador: número de gestantes da área cadastradas no programa.

2.3.3 Logística

Para viabilizar a realização da intervenção, inicialmente, será realizada uma reunião com a equipe para apresentação do projeto e definição da atribuição das funções a cada membro na execução do plano de ações. Em seguida, será realizada reunião com a Secretária Municipal de Saúde, responsável técnico do laboratório municipal, equipe do NASF e educador físico com o objetivo de obter apoio para o desenvolvimento das ações propostas. Serão realizadas visitas aos espaços físicos sociais do município a fim de definir o melhor local para desenvolver as atividades do grupo de gestantes e ainda, será solicitado todo o material necessário para implementação do projeto e funcionamento do grupo de gestantes, como a impressão das fichas de registro, dos manuais de pré-natal do Ministério da Saúde, da ficha espelho e dos convites para participação da comunidade nas

atividades. Essas reuniões serão realizadas em locais a serem definidos pela equipe de gestão.

Após todo esse processo de organização, será agendada uma reunião com as gestantes acompanhadas na UBS e com a comunidade a fim de explicar as ações do projeto e divulgá-lo entre os usuários. Para isso, utilizaremos o espaço social que achamos mais adequado durante o período de visitas à comunidade e planejamento.

Após definição do local, elaboração de cronograma e definição dos profissionais que participarão das reuniões do grupo de gestantes, será realizada reunião com os ACS para que os mesmos entreguem os convites às gestantes e comuniquem a comunidade do início das atividades do grupo.

Na primeira reunião do grupo, será realizado um levantamento das expectativas das gestantes em relação ao trabalho a ser desenvolvido no grupo, de forma que as atividades a serem realizadas durante as reuniões do grupo de gestantes sejam focadas nas solicitações das mesmas. Como atividade comum a todos os encontros, faremos atividade física de relaxamento ao final.

As consultas de pré-natal serão realizadas ao longo das 16 semanas de intervenção, e, durante a execução das ações, as mesmas serão registradas nas planilhas de coleta de dados, no livro de registros de pré-natal e nos prontuários, a fim de facilitar a análise dos dados e resultados obtidos ao final do período, e possibilitar a normatização e adoção de rotina de melhoria dos registros.

Visando melhor identificação e acompanhamento das gestantes, será elaborado um formulário específico para acompanhamento da solicitação dos exames de pré-natal. A elaboração e impressão do formulário acontecerão previamente ao início oficial das atividades, e o mesmo será utilizado desde o início do agendamento dos exames complementares de pré-natal na UBS. O material para análise será coletado no laboratório municipal, no dia agendado, e, após análise, os resultados serão encaminhados à unidade no prazo de 3 dias, onde será avaliado pelo médico ou enfermeiro. O formulário facilitará o acompanhamento das solicitações e dos resultados, visando manter cada gestante em dia conforme período gestacional.

A partir da 3ª semana de trabalho pretende-se dar início ao agendamento das consultas odontológicas na UBS, utilizando uma agenda compartilhada, de forma

que a gestante não necessite vir à unidade várias vezes. Esse período será necessário para a organização da agenda compartilhada.

Com a finalidade de capacitar a equipe para desenvolver as ações do projeto e prestar uma melhor assistência à gestante, serão realizados grupos de estudo com todos os membros com a finalidade de discutir casos, apresentar os manuais de pré-natal e puerpério, a Política de Humanização do Parto e Nascimento e as portarias de criação da Rede Cegonha. Tudo irá ajudar a compor o protocolo local de trabalho, que será desenvolvido coletivamente, sendo reavaliado e aprimorado sempre que encontrarmos necessidade, mas, principalmente, durante o período de intervenção, buscando a consolidação dos hábitos. Serão disponibilizadas cópias do protocolo para os consultórios de enfermagem, de atendimento médico e odontológico, um para todos os ACS e um para os Técnicos de Enfermagem e demais membros da equipe, num total de nove protocolos impressos.

A recepcionista e a Técnica de Enfermagem serão capacitadas para verificar anotações no prontuário, tais como exames, vacinas, medicações, entre outras. Serão realizadas orientações aos ACS a fim de reforçar a verificação do cartão da gestante durante as visitas domiciliares e identificar atrasos. Essas orientações serão realizadas antes de iniciar a intervenção, na reunião de apresentação do projeto onde participarão médico, técnicos de enfermagem, agente administrativa e os ACS.

Ao final de cada mês será realizada uma discussão coletiva com a equipe e pequena entrevista com as usuárias, comunidade e profissionais a respeito da política de funcionamento das ações do projeto, visando o aprimoramento das mesmas. O diálogo com as gestantes e comunidade vai se dar de maneira natural e corriqueira, durante a realização dos grupos e das consultas individuais. Ao final dessa análise serão elaboradas as adequações das ações e rotinas de acordo com a necessidade referida.

Visando melhorar a assistência ao parto, pretende-se ainda, buscar parcerias com a equipe plantonista da Casa de Saúde Municipal e demais equipes da ESF com a finalidade de identificar os principais problemas durante o trabalho de parto e o nascimento e planejar ações para melhorar a assistência prestada à gestante e parturiente.

O monitoramento das ações será realizado por meio da avaliação mensal dos registros, fichas de atendimento própria da UBS, cartão de pré-natal da gestante,

cartão de vacinação, livro de registro odontológico, livro de registro das visitas domiciliares, cartão espelho (a ser implantado), SIAB e ficha complementar, a ser elaborada. Os impressos serão confeccionados na Secretaria de Saúde em quantidade suficiente para atendimento na unidade e, caso seja insuficiente, o pedido será feito com antecedência ao almoxarifado da atenção básica, assim que se perceber que há pouco impresso disponível na unidade. Para tal serão definidas as atribuições de cada membro da equipe dentro de todo o processo.

O projeto de atendimento, após discutido entre a equipe, será impresso com cópia entregue a cada membro antes de iniciarmos a intervenção. A impressão da agenda da gestante, do formulário para requisição de exames e do Cartão da Gestante será solicitada ao almoxarifado, em quantidade suficiente para um período de 06 meses.

Com a finalidade de fortalecer as orientações fornecidas às gestantes durante o pré-natal, será formado um grupo de gestantes que se reunirá semanalmente em dias pré-definidos de acordo com a disponibilidade das gestantes e da equipe, onde serão discutidos vários assuntos relacionados à saúde da mulher, alimentação e nutrição, amamentação, e aspectos gerais da promoção da saúde. Os temas serão levantados de acordo com a demanda das gestantes nas reuniões e a identificação de fragilidades pelos membros da equipe. Buscaremos ainda a ajuda da equipe do NASF e outros parceiros sociais, a fim de enriquecer as discussões. O educador físico participará para a realização de alongamento/ atividade física a fim de fortalecer a musculatura e promover um relaxamento nas participantes. Essa atividade visa também a fidelização e adesão das mesmas aos grupos.

O cadastro das gestantes da área adstrita no SISPRENATAL será realizado, inicialmente, com a coleta de dados da gestante na unidade em ficha de cadastro específico e, posteriormente, levado para o digitador responsável pelo programa na Secretaria de Saúde. Esse cadastro das gestantes da área de cobertura da UBS será realizado no ato da inscrição ao pré-natal utilizando-se das fichas protocolares e a ficha espelho. Será realizado pelo enfermeiro, que será responsável pela realização da primeira consulta de pré-natal devido à necessidade do preenchimento dos formulários e solicitações de exame, o que demanda mais tempo e disponibilidade. Quando necessário será solicitada a ajuda da técnica de enfermagem da triagem. O cadastro das gestantes e familiares será complementado pelos ACS em visitas domiciliares utilizando-se da ficha A e fichas complementares.

Todos os Agentes Comunitários de Saúde deverão levar em suas visitas as fichas A, ou a que vier substituí-la, para acompanhamento e atualização sempre que necessária.

O monitoramento da cobertura do pré-natal será realizado mensalmente através da verificação de registros na unidade e dados cadastrados no sistema do SISPRENATAL. Será acordado com o digitador do sistema o envio mensal dos dados para avaliação.

As queixas de atraso menstrual terão prioridade no atendimento. Serão atendidas, em princípio pela enfermeira, mas podendo ser pela médica em caso de disponibilidade. O pré-natal sempre será iniciado pela Enfermeira, uma vez que os ACS serão orientados a encaminhar essa gestante com os exames em mãos confirmando a gravidez, e acolhidas assim que chegarem à unidade. Sempre será aberto espaço na agenda para acolhimento às gestantes em início de pré-natal. Esses atendimentos não representarão dificuldade de encaixe na rotina da equipe.

As mulheres com atraso menstrual, residentes ou não em áreas descobertas por ACS, terão livre acesso à unidade para realização da consulta de enfermagem, sem necessidade de agendamento prévio, e, quando essa consulta não for oportunizada no primeiro contato da mulher com a unidade, será agendada pela equipe para o próximo período de atendimento. A recepcionista ficará responsável pelo primeiro acolhimento da usuária e pelo encaminhamento da mesma para a triagem e identificação do caso. Daí a mesma será encaminhada ou agendada para consulta de enfermagem.

Na reunião semanal da equipe serão repassados os nomes de gestantes que faltarem às consultas, médicas, de enfermagem ou de odontologia, a fim de que seja realizada a busca ativa das mesmas pelos ACS. As visitas domiciliares para busca de gestantes faltosas serão realizadas ao final de cada mês, pelos agentes comunitários de saúde e, em caso de necessidade, serão realizadas visitas domiciliares pela enfermeira e técnico de enfermagem. Será reservado um dia a cada mês para realizar a visita domiciliar pelos demais membros da equipe nos dois períodos manhã e tarde, caso necessário. Será feito desta forma para viabilizar que o carro esteja à disposição. As gestantes faltosas serão contatadas e agendadas pelos ACS na mesma semana da busca ativa em datas pré-estabelecidas na unidade, onde o fluxo de atendimento será reorganizado e reservado para tal. As consultas serão realizadas pelo médico, enfermeiro e/ou odontólogo, de acordo com

a necessidade e o decorrer do acompanhamento da gestante. As gestantes serão agendadas como previsto durante a visita domiciliar, a relação de nomes será entregue à recepcionista da unidade a fim transportar os dados para a agenda.

O registro dos exames ginecológico, de mamas, da prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso será realizado pelo profissional que atender a gestante, e feito na ficha espelho, prontuários, agenda de intervenção e cartão da gestante. A avaliação destas anotações será realizada pela equipe de enfermagem periodicamente. O sistema de alerta para exame ginecológico e de mama será de responsabilidade da enfermeira, tendo como base as anotações realizadas nas fichas e informações dos profissionais e usuários. Serão realizadas, ainda, anotações no cartão da gestante, a fim de evitar esquecimentos por parte da usuária.

O acompanhamento da solicitação, agendamento e realização dos exames complementares previstos no protocolo será realizado semanalmente pela equipe de enfermagem, e anotado nas fichas mencionadas anteriormente como rotina da intervenção e da unidade. As fichas de solicitação dos exames serão reproduzidas e disponibilizadas em quantidade suficiente pela Secretaria de Saúde.

O cartão de vacina para investigação das doses realizadas contra o tétano e a Hepatite B serão providenciados, também, em quantidade suficiente para a intervenção e seus períodos posteriores, sempre buscando 6 meses de estoque a fim de manter a organização. O monitoramento será realizado pela Técnica de Enfermagem responsável pela sala de vacina e pelos profissionais médico e enfermeiro durante as consultas de acompanhamento. Em caso de desacordo com o protocolo, serão reforçadas as orientações a respeito da importância da vacinação para a saúde da mãe e do concepto, e as gestantes serão encaminhadas de imediato para a sala de vacina.

As informações sobre as facilidades e a rotina de atendimento ao pré-natal serão passadas em reuniões com a comunidade local e nas visitas domiciliares, consultas individuais e atendimentos diversos na UBS. Serão confeccionados cartazes com horários, dias e possibilidade de agendamento do atendimento. Estes cartazes serão fixados na unidade e em espaços sociais da área.

Todos os profissionais da UBS serão informados da rotina, de modo a melhor poder orientar a população. Todos participarão da capacitação sobre acolhimento às gestantes, com utilização do protocolo, que será realizada durante os grupos de estudo, na própria unidade.

Será realizada reunião com a Secretária de Saúde Municipal e responsável técnico do laboratório municipal, a fim de demonstrar a importância da realização dos exames para o acompanhamento pré-natal a fim de traçar estratégias para garantir o acesso das gestantes aos exames preconizados em tempo oportuno e a disponibilização das vagas semanais para o agendamento das gestantes durante as consultas de pré-natal na unidade. Os exames de rotina na gestação serão realizados conforme sua disponibilidade, as gestantes poderão escolher o dia melhor para realizar, desde que, para a próxima consulta, esteja com os exames em mãos.

A disponibilidade de consultas com especialista serão realizadas por agendamento pela Central de Regulação, e quando emergentes, encaminhadas ao hospital municipal, seguindo o fluxo de atendimento.

Em relação às medicações como o sulfato ferroso e o ácido fólico, serão solicitadas mensalmente, em quantidade suficiente para atendimento à demanda da unidade.

As intercorrências na gestação serão atendidas prontamente, e, quando necessário, será realizado o encaminhamento para o hospital municipal ou especialistas. Quando houver essa necessidade, a referência será o CAM (Centro de Atenção à Mulher), localizado no município de Barreiras, com dia e horário da consulta agendados previamente pela enfermeira da unidade junto à Central de Regulação, sem necessidade de enfrentar fila de espera. As gestantes encaminhadas serão monitoradas na UBS através de acompanhamento de referência/contra-referência para seguimento de suas consultas. O acolhimento imediato de gestantes com potenciais intercorrências será realizado de imediato pela enfermeira e/ou médico.

Todas as puérperas deverão receber visita domiciliar até o 42º dia pós-parto. O atendimento prioritário das puérperas e dos recém-nascidos será realizado no dia que retornarem a área. As gestantes serão orientadas desde o pré-natal para que retornem a consulta puerperal, porém a primeira avaliação será realizada em domicílio na primeira semana pós-parto pelo ACS para apoio ao aleitamento materno, orientações de cuidados com o recém-nascido, informações sobre teste do pezinho e o programa de puericultura. Após essa avaliação, o ACS deverá levar até a equipe as informações a respeito da saúde da mãe e do recém-nascido, a fim de realizar agendamento de visita domiciliar pelos demais profissionais.

As orientações, tais como: promoção da alimentação saudável para a gestante, conversas sobre facilidades e dificuldades da amamentação, cuidados com o recém-nascido, anticoncepção após o parto, combate ao tabagismo durante a gestação, serão realizadas nas consultas de rotina e de intercorrência, caso exista, visitas domiciliares e reuniões do grupo de gestantes a serem realizadas semanalmente. Os encontros semanais serão divididos por temas e serão desenvolvidos de acordo com a demanda advinda das gestantes. Será realizada discussão em grupo com a participação da equipe e gestantes, sendo solicitado lanche para que as gestantes não fiquem em jejum prolongado. As reuniões do grupo receberão o apoio da equipe do NASF a fim de enriquecer as discussões e fortalecer as orientações fornecidas às gestantes.

As gestantes serão estimuladas à observação de outras mães amamentando durante as reuniões do grupo, para onde serão convidadas também as puérperas, a fim de enriquecer as discussões através dos relatos de experiências.

Durante as visitas e consultas as gestantes serão investigadas e orientadas quanto à situação de acompanhamento dos demais membros da sua família. As crianças identificadas com puericultura em atraso, hipertensos e diabéticos, idosos e familiares com risco e vulnerabilidade serão monitoradas na visita domiciliar, e terão seus dados anotados em planilha para acompanhamento e regularização de cada situação. O atendimento será agendado conforme a disponibilidade de vagas na unidade, com priorização para os casos com avaliação ou acompanhamento pendentes.

Para a realização do exame de preventivo de câncer de colo de útero e de mama será requisitado fichas em quantidade suficientes. A coleta será realizada semanalmente na unidade e as gestantes terão prioridade para o agendamento. Para monitorar se a gestante realizou ou não o exame será verificado o livro de atendimento, as fichas-espelho, e o prontuário, caso necessário. Além disso, serão realizadas anotações no cartão da gestante a fim de monitorar a realização do exame.

2.3.4 Cronograma

Mês da Intervenção	Mês 1				Mês 2				Mês 3				Mês 4			
	Semanas				Semanas				Semanas				Semanas			
Ações propostas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Cadastramento de novos usuários	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Visita domiciliar pelos ACS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atendimento à população alvo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Reuniões: capacitação da equipe	x			x			x		x		x	x		x		
Encontros na comunidade		x		x					x				x			x
Registro das informações na planilha eletrônica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento dos indicadores e avaliação da intervenção		x		x			x		x				x		x	
Elaboração de plano para adequações das ações do projeto.			x			x			x					x		x
Solicitação de material de apoio		x		x				x					x			x
Reunião Grupo de Gestantes		x				x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
Divulgação do projeto e busca de parcerias	x	x	x	x	x				x				x			x
Elaboração de escala dos condutores das reuniões do grupo de gestantes	x				x				x				x			
Agendamento de exames laboratoriais na unidade				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Realização de coleta de material para exames de pré-natal					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Entrega de resultados de exames.					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Promoção à saúde para os familiares das gestantes	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Figura 4: do cronograma de atividades da intervenção.

OBS:

- As visitas domiciliares realizadas por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem serão agendadas conforme a necessidade. As atividades voltadas às famílias das gestantes serão desenvolvidas durante as consultas de pré-natal, grupo de gestantes e reuniões com a comunidade.

3 Relatório da Intervenção

Ao analisar as atividades propostas no projeto e programadas no cronograma pode-se inferir que, em maior ou menos grau, foram realizadas todas as atividades previstas, algumas não exatamente conforme programado, pois mudanças inesperadas ocorreram durante a jornada, como em todo projeto. Fui transferida de unidade, e isso gerou alguns entraves por não poder estar presente em tempo integral, precisei muito da ajuda da equipe atual da ESF, que foi muito colaborativa e ajudou bastante nesse processo.

Precisei assumir algumas outras atribuições devido ao novo cargo assumido no município, mas estive presente e realizei as capacitações da equipe das ESF para realização do teste do pezinho e teste da mamãe (recentemente implantado) além de outras capacitações que não estão no contexto geral do projeto. Outra dificuldade encontrada foi relacionada ao local das reuniões do grupo. Na ausência de outro espaço que fosse ideal, as mesmas acabaram acontecendo na própria unidade de saúde, onde não dispomos de muito espaço físico.

Foram várias barreiras para executar as ações previstas, mas também houve facilidades no que se refere ao apoio da secretaria de saúde e ao laboratório municipal. Sinto-me realizada em concluir minhas atividades, na minha concepção, alcançamos resultados positivos no que se refere à assistência de pré-natal na unidade.

Em relação à inclusão dos familiares das gestantes nos programas de saúde da UBS considero que precisamos trabalhar mais esse aspecto, pois foram poucas as atividades desenvolvidas na unidade para grupos específicos durante os 4 meses citados. No entanto, as orientações e verificações não deixaram de acontecer, ainda que de maneira indireta, por meio da própria gestante ou puérpera.

Já em relação à coleta, registro e monitoramento de dados não apresentamos dificuldades, e percebemos que o material pensado e elaborado atendia nossas expectativas e necessidades, pois as planilhas são de fácil preenchimento e as informações contidas na mesma estão todas registradas nos prontuários das gestantes.

A incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço da UBS será de grande valia ao passo que as ações são de fácil execução considerando os benefícios alcançados através das mesmas.

Para implementação das ações previstas no projeto de intervenção, buscou-se parcerias da comunidade e das gestantes, seguido do apoio por parte da equipe da ESF, da gestão municipal, do NASF e do laboratório municipal. Além disso, conseguimos apoio também do Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente do e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). No decorrer das 16 semanas foram surgindo novas parcerias como foi o caso do laboratório prestador de serviço à Secretaria do Estado para realização do teste da mamãe.

Para fins de organização do processo de trabalho e corresponsabilização da equipe, o papel de cada membro da equipe ficou definido nas primeiras reuniões realizadas para discussão do projeto de intervenção levando-se em consideração as diversas competências e potencialidades pessoais. É importante ressaltar que a equipe, assim como as gestantes, puderam sempre participar da programação das ações do projeto, principalmente no que se refere aos assuntos abordados e discussões realizadas durante as reuniões do grupo de gestantes, que embora teve que ser replanejado devido ao espaço físico, teve o potencial de fortalecer o controle social na organização dos serviços ofertados a essas usuárias.

Buscando promover a prática de atividade física regular na comunidade foram realizadas palestras em sala de espera pelo educador físico do NASF, incentivando todos os usuários da unidade, não só as gestantes e puérperas, a participarem das atividades do projeto de promoção à atividade física municipal. As atividades foram voltadas, principalmente, para os grupos de hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e obesidade. Ainda com foco na prática de atividade física e prevenção da obesidade foram realizadas atividades do Programa Saúde na Escola com todos os alunos das escolas prioritárias da área, com avaliação antropométrica, orientação nutricional, palestras educativas e encaminhamento de alguns casos para serem atendidos pela nutricionista do NASF. Ainda que não tenham sido atividades voltadas, especificamente, para a população alvo do projeto, essas ações mobilizam a comunidade e chamam a atenção de todos, favorecendo a adesão a outros programas e a participação em ações de promoção de vida saudável.

Nas reuniões com a comunidade para apresentação do projeto, foram apresentados vários aspectos voltados ao esclarecimento das famílias e das gestantes sobre a importância do acompanhamento pré-natal. As participantes foram esclarecidas sobre as intercorrências mais prevalentes na gestação, exames complementares, vacinação, prioridade no atendimento de gestante, importância da

revisão de puerpério, fluxos de acesso ao atendimento especializado, necessidade de registro escrito do atendimento na atenção especializada, busca de parcerias, alimentação e nutrição, mitos envolvendo o aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, anticoncepção após o parto, riscos do tabagismo e do consumo de álcool e drogas durante a gestação, importância do autocuidado, benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis e identificação de situações de risco e vulnerabilidade das famílias. Ao analisar a metodologia e a efetividade do processo educativo voltado às famílias considero que seja necessário um aprofundamento maior em questões que promovam o empoderamento dessas famílias, principalmente para o autocuidado, daí a necessidade de complementação do conteúdo e incorporação dessa ação à rotina da unidade.

Toda a equipe foi capacitada durante o período de intervenção em grupos de estudos realizados conforme cronograma de atividades previstas, onde foram discutidos assuntos como controle social, importância de se seguir um protocolo e padronizar o atendimento, educação alimentar, risco e vulnerabilidade, acolhimento, importância do pré-natal, Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN), realização do preventivo e do exame das mamas, exames laboratoriais de rotina e sistemas de alerta, prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso, vacinação na gestação, consulta de puerpério, anticoncepção pós-parto, vida sexual, aleitamento materno exclusivo, trabalho multidisciplinar, educação em saúde, prática de atividade física regular além de outros assuntos. Não houve uma reunião específica voltada à abordagem completa de um assunto, e sim, uma ampla discussão acerca dos mesmos durante os grupos de estudo de acordo com as informações contidas no Manual de Parto e Puerpério do Ministério da Saúde.

Com a publicação do manual atualizado pelo MS, passamos a adotar o manual de 2012. As duas versões dos manuais foram impressas e disponibilizadas para consulta da equipe na unidade. A versão mais recente foi analisada pela equipe e discutida em grupo as mudanças nas recomendações ocorridas na última versão e dessa forma, a equipe passou a utilizar as novas recomendações do Ministério relacionadas ao acompanhamento de pré-natal. No início senti alguma dificuldade por parte de alguns profissionais para participarem do grupo de estudo, mas esse problema foi sanado no decorrer das 16 semanas, à medida que a equipe passou a perceber as mudanças e a enxergar a importância do grupo de estudo para a melhoria da rotina e da assistência prestada ao usuário. Ao final da

intervenção, a equipe decidiu incorporar o grupo de estudo à rotina da unidade. Outra ferramenta utilizada para consulta e capacitação da equipe, foi o Telessaúde, que foi implantado na UBS. A enfermeira da unidade foi capacitada, inicialmente, a nível regional e, a partir daí, ficou responsável pelo cadastramento e realização do treinamento de toda a equipe para utilizar o programa na unidade. As reações foram bem positivas, e a utilização da ferramenta vai se consolidar com o tempo, com certeza.

Foram preenchidas as ficha espelho de todas as gestantes acompanhadas durante esse período e o monitoramento dos dados foi realizado pelo enfermeiro. Os registros de todos os acompanhamentos da gestante na ficha espelho foram realizados por todos os profissionais que atenderam as gestantes durante esse período, com atualização dos dados a cada consulta realizada. Não enfrentamos dificuldade relacionadas à essa ação, pois foi um acordo firmado com todas os profissionais que realizam atendimento à gestante na unidade.

As orientações fornecidas às gestantes sobre os cuidados com o recém-nascido, alimentação e nutrição, anticoncepção após o parto e sobre os riscos do tabagismo e do consumo de álcool e drogas e demais assuntos abordados durante o pré-natal foram realizadas pelo profissional médico e enfermeiro durante as consultas, pelos ACS durante as visitas domiciliares e ainda durante as reuniões do grupo de gestantes. O monitoramento dessa ação foi realizado semanalmente e se deu a partir de registros nos prontuários e das atas das reuniões do grupo. Dentre as gestantes acompanhadas durante esse período nenhuma delas fumava.

Com a finalidade de aumentar a cobertura do pré-natal na UBS foi realizada busca ativa pelos ACS de todas as gestantes residentes na área de abrangência a fim que trazê-las para serem acompanhadas pela equipe. A busca ativa das gestantes foi feita quinzenalmente e foi realizada tanto às gestantes faltosas já acompanhadas na unidade quanto àquelas que ainda não haviam dado início ao pré-natal. Ficou acordado entre os membros da equipe que, em casos de resistência por parte das mesmas em realizarem o acompanhamento de pré-natal na unidade, seriam realizadas visitas domiciliares pelos demais membros da equipe (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e odontólogo) a fim de conscientizá-la da importância do acompanhamento e fortalecer o vínculo da mesma com a equipe. O acolhimento da gestante na unidade foi realizado de forma efetiva e as gestantes, assim como antes da intervenção, tiveram atendimento prioritário na unidade. Elas

eram atendidas, de imediato, pelo enfermeiro e ,quando não possível, a consulta era agendada para o próximo período.

Durante as reuniões realizadas com as gestantes e com a comunidade foi discutida a importância do acompanhamento pré-natal, bem como as facilidades do acesso ao atendimento na UBS e à realização dos exames de rotina. Não enfrentamos dificuldades durante esse período de intervenção relacionadas a essa ação, pois as famílias da área reconheceram a importância do pré-natal e nenhuma gestante mostrou-se resistente. Iniciamos o trabalho com um público alvo de 26 gestantes residentes na área adstrita dentre as quais 25 eram acompanhadas pela equipe o que corresponde a uma cobertura de 96% do número total de gestantes da área. No decorrer dos quatro meses de intervenção o número de gestantes da área variou entre 22 e 25 ao mês, totalizando 40 gestantes acompanhadas, o que correspondeu a 100% das gestantes do território, e que, dentre as quais, 14 deram a luz. A alta cobertura de pré-natal na unidade se deve, também, ao fato de que menos de 5% da população local possui plano de saúde, e mesmo aquelas gestantes que realizam consultas na rede particular no município de Barreiras passaram a ser também acompanhadas pela equipe da UBS, por adesão às novas práticas.

Buscando diagnosticar precocemente a gestação, foi realizado trabalho educativo com as famílias bem como com a equipe, em especial com os ACS, a fim de trazer todas as mulheres com atraso menstrual à unidade de saúde para investigação ou diagnóstico de uma possível gravidez. As consultas das mulheres com suspeita de gravidez foi realizada de imediato em forma de encaixe entre as consultas. O teste de gravidez não foi realizado na unidade, pois a equipe não dispunha de material e treinamento necessário para o mesmo. Todas eram encaminhadas para o laboratório municipal para realização da coleta no dia seguinte. A busca ativa destas mulheres foi realizada mensalmente pelos ACS e obtivemos resultados positivos, apesar do fato de que algumas gestantes omitirem, inicialmente, a gravidez, o que dificultou um pouco o processo. A intervenção abrangeu toda a população de mulheres em idade fértil residentes na área de abrangência da ESF.

O monitoramento do cumprimento das consultas previstas no protocolo de pré-natal foi feito pelo enfermeiro, e, para isso, foi utilizado o livro de registro de consultas de pré-natal. Foi realizado, ainda, um remapeamento na área da ESF

segundo as normas da portaria que estabelece um quantitativo de 750 pessoas a serem acompanhadas por ACS, até então não quantificado de maneira regular. Isso possibilitou que as microáreas, antes descobertas, passassem a ser totalmente cobertas por ACS facilitando o acesso dos usuários aos serviços e a busca ativa dos mesmos, proporcionando uma melhor assistência.

As gestantes faltosas foram contatadas e agendadas pelos ACS na mesma semana da busca ativa para os dias pré-estabelecidos na unidade em que haviam menos atendimentos agendados para o profissional responsável. As consultas foram realizadas pelo médico, enfermeiro e odontólogo de acordo com a necessidade e decorrer do acompanhamento da gestante. Essa estratégia foi utilizada para todas as gestantes que não compareceram à consulta na data agendada e foi muito efetiva, de modo que conseguimos reaver as consultas de pré-natal em atraso além de fortalecer o vínculo da gestante com a equipe. Não enfrentamos dificuldades relacionadas à realização dessa ação, pois todas as gestantes contatadas compareceram para consulta conforme nova agenda.

Antes da intervenção o exame ginecológico da gestante não era realizado com a periodicidade preconizada pelo manual do Ministério da Saúde. A partir das reuniões em grupo percebemos a preferência das gestantes de serem examinadas pela enfermeira da unidade, por se sentirem mais à vontade em realizar o exame com um profissional do mesmo sexo. Esse assunto também foi trabalhado com as mesmas, mas, como rotina, essa atribuição ficou, mesmo, para a enfermeira. A intervenção iniciou com a realização do exame ginecológico de todas as gestantes que compareciam para as consultas de pré-natal na unidade, pois todas estavam com exame em atraso. Aquelas que se recusaram a realizá-lo na data da consulta foram reagendadas para uma nova data de forma que nenhuma gestante ficasse sem o exame ginecológico. Após o início da intervenção, foi realizado um pré-agendamento do exame no cartão das gestantes e realizada anotação no prontuário alertando da necessidade de realização do mesmo na próxima consulta. Aquelas gestantes que se encontravam com exame ginecológico em atraso passaram a ser captadas durante as consultas na unidade. Até o início da intervenção, a unidade não dispunha de registros para monitoramento da situação da prevenção do câncer de colo uterino e de mama de todas as mulheres da área da ESF. A partir da implementação das ações do projeto, passamos a realizar as anotações necessárias

para o monitoramento periódico do exame esse ano, porém não temos dados ainda que permita esse levantamento.

O exame das mamas de todas as gestantes, conforme acordado entre os membros da equipe, foi realizado no primeiro e terceiro trimestre de gestação, pelo médico e enfermeiro e, a partir daí, de acordo com a necessidade e demandas advindas nas consultas. A ação abrangeu todas as gestantes acompanhadas na unidade. Além do exame clínico das mamas foram fornecidas orientações sobre a realização do autoexame e quanto ao preparo da mama para o aleitamento materno. Não enfrentamos dificuldades relacionadas à realização do exame e o mesmo foi realizado em todas as gestantes acompanhadas nesse período.

A comunidade, bem como as gestantes, receberam orientações durante as consultas e reuniões do grupo sobre a necessidade e a importância da suplementação do ferro/ácido fólico para saúde da mãe e do conceito. A prescrição de ácido fólico foi realizada pelo profissional médico e enfermeiro durante todo o período gestacional e no caso do sulfato ferroso foi prescrito da 20ª semana até 90 dias pós-parto. Tanto o ácido fólico como o sulfato ferroso foi fornecido a todas as gestantes mensalmente durante as consultas e a mesma foi orientada quanto ao uso correto. A única dificuldade enfrentada relacionada a essa ação foi o esquecimento das gestantes na tomada da medicação, e algumas delas reclamavam do sabor do sulfato ferroso.

A solicitação dos exames laboratoriais preconizados para o primeiro trimestre de gestação foi realizada pelo enfermeiro, pelo fato do mesmo realizar a primeira consulta de pré-natal na unidade. As demais solicitações de exames referentes ao 3º trimestre e ao controle e monitoramento de distúrbios e/ou alterações de alguns casos onde houveram necessidade foram realizadas tanto pelo enfermeiro quanto pelo médico, a depender da gravidade do caso e/ou de quem analisou o resultado do exame. Antes da intervenção, a solicitação de exames na primeira consulta já fazia parte da rotina da unidade e por isso não tivemos problemas relacionados a essa ação. A maior dificuldade enfrentada não se refere à solicitação e sim à realização dos mesmos. A partir das ações desenvolvidas durante a intervenção do projeto conseguimos alcançar resultados positivos como a maior agilidade e eficácia no processo de realização dos exames laboratoriais e a maior satisfação e acompanhamento das usuárias.

O fluxo que levava a possível gestante até o laboratório a fim de confirmar o estado gravídico levava aproximadamente 1 mês, e, após essa confirmação, eram solicitados os exames de rotina para a primeira consulta, que levavam mais 40 a 60 dias, fazendo com que um tempo precioso de ações importantes de pré-natal fosse perdido por demora na realização desses trâmites.

Visando resolver tal problema, foi realizada reunião com a Secretária de Saúde Municipal e responsável técnico do laboratório municipal, a fim de demonstrar o problema e traçar estratégias para garantir o acesso das gestantes aos exames preconizados em tempo oportuno e a partir daí ficou acordado que seriam disponibilizadas vagas semanais para o agendamento das gestantes durante as consultas de pré-natal na unidade, de forma que a coleta fosse realizada no laboratório municipal e encaminhados os resultados para a UBS. Isso possibilitou maior acesso aos exames e prioridade no atendimento. A partir dessas ações do projeto conseguimos alcançar resultados positivos como a maior agilidade e eficácia no processo de realização dos exames laboratoriais e a maior satisfação e acompanhamento das usuárias. Com a implantação do teste da mamãe (coleta em papel filtro para análise todas as sorologias preconizadas + hemoglobinopatias) no município obtivemos uma grande ajuda no que se refere à realização dos exames e diminuiu o custo do município. O agendamento passou a ser feito na própria unidade de saúde a coleta realizada no laboratório municipal e os resultados encaminhados para a unidade no prazo de 3 dias úteis. Essa estratégia trouxe resultados positivos, pois a partir da implementação dessas ações a realização dos exames passou a não ser mais visto como problema. A ação foi incorporada na rotina da unidade.

A realização do exame de hemoglobina/hematócrito já era feita na unidade como rotina no pré-natal no 1º e 3º trimestre de gestação. Durante a intervenção ficou estabelecido que nos casos onde se observasse hematócrito/hemoglobina abaixo de 11/3,8 fosse realizado um maior acompanhamento de acordo com a necessidade do caso. Não enfrentamos dificuldades para implementação dessa ação, pois a mesma já fazia parte da rotina da unidade a não ser pelo fato do agendamento, como já citado anteriormente.

A realização do exame de glicemia também era feita na unidade como rotina no pré-natal no 1º e 3º trimestre de gestação. Ficou estabelecido que, nos casos onde se observasse índice glicêmico acima de 95mg/dl, fosse realizado um maior acompanhamento de acordo com a necessidade do caso para descartar ou

confirmar o diagnóstico de diabetes gestacional. Também não enfrentamos dificuldades para implementação dessa ação.

A realização do exame de urina tipo I já era protocolo, mas a realização da urocultura não foi incorporada à rotina do pré-natal a não ser em casos de ITU recorrente devido à dificuldade para realização da mesma, pois o município não possui o serviço. A dificuldades para implementação dessa ação ficou a cargo da realização da urocultura com antibiograma que, nos casos onde foi necessária, as gestantes precisaram se deslocar para o município de Barreiras a 130km pra fazer o exame e buscar o resultado após 5 dias.

Infelizmente um dos problemas não solucionados até então é o caso do acesso das gestantes à ultrassonografia, dificuldade grande na nossa realidade, devido, principalmente, pela falta de acesso.

O atendimento das intercorrências durante a gestação foi garantido a todas as gestantes acompanhadas na unidade, porém nem todas pela equipe responsável, pois houve algumas intercorrências durante os finais de semana, o que levou as mesmas a procurarem atendimento no hospital municipal. O monitoramento foi realizado mediante avaliação dos prontuários e os relatos durante as reuniões do grupo de gestantes. Foram poucas as intercorrências identificadas durante esse período: 01 atendimento devido à hiperemese gravídica e 02 atendimentos por sangramento vaginal e 01 por dor em baixo ventre. Durante o período não ocorreu nenhum aborto entre as gestantes acompanhadas na unidade.

O monitoramento da vacinação das gestantes foi realizado por todos os profissionais da equipe: médico, enfermeira, odontóloga, técnico de enfermagem e ACS, e abrangeu todas as gestantes acompanhadas na unidade. A principal dificuldade enfrentada para desenvolver essa ação é que muitas gestantes perderam o cartão de vacina e o município não possui cartão espelho de adulto. Dessa forma, tivemos que iniciar o esquema vacinal de muitas gestantes.

O controle de estoque de vacinas na unidade continua sendo realizado pela técnica da sala de vacina com a ajuda da enfermeira. As vacinas são contadas pela técnica de enfermagem e solicitadas mensalmente pela enfermeira ou de acordo com a necessidade a depender do fluxo de usuários e da disponibilidade da vacina na central de distribuição municipal. O boletim de doses aplicadas (API) é feito pelo profissional enfermeiro e entregue à coordenação de vacinas para ser informado no

SISPNI, ação já incorporada na rotina da unidade. Importante ressaltar que a unidade dispõe de todas as vacinas preconizadas pelo PNI.

As consultas de puerpério foram realizadas pelo médico e enfermeira da unidade. Utilizamos como parâmetro de monitoramento a DPP da gestante e, a partir daí, foi realizada busca ativa através dos ACS. Além disso, foi feita a captação da puérpera durante a vacinação do RN e coleta de material para o teste do pezinho. Através da implementação dessas estratégias conseguiu-se que 100% das parturientes do período de intervenção realizassem consultas de puerpério entre o 30º e 42º dias pós-parto.

Durante as 16 semanas de intervenção, apenas 02 gestantes acompanhadas na UBS foram classificadas como de alto risco sendo que as duas foram encaminhadas para acompanhamento de pré-natal de alto risco no Centro de Atenção à Mulher (CAM). Além das consultas no CAM, essas gestantes foram monitoradas pelos profissionais da UBS com a periodicidade mensal e/ou quinzenal de acordo com a necessidade. O encaminhamento dessas gestantes foi realizado pelo médico e o monitoramento foi realizado pelo enfermeiro com a ajuda dos ACS. Uma gestante apresentou hipertensão no último trimestre de gestação (DHEG) e a outra, de 39 anos, era obesa e portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica. A primeira já pariu, de parto vaginal, e a segunda, por ter sido cadastrada na unidade no último mês de intervenção, continua sendo acompanhada tanto no CAM como na UBS. O monitoramento do risco gestacional e demais informações das gestantes na ficha espelho foi realizado por todos os profissionais que atenderam as gestantes durante o pré-natal e a atualização foi realizada a cada consulta de acordo com a evolução da gestação e com o aparecimento de sinais e sintomas de risco. Não enfrentamos dificuldade relacionadas à implementação dessa ação e foi aplicado a todas as gestantes acompanhadas na unidade

O monitoramento da duração do aleitamento materno entre as nutrizes que fizeram pré-natal na UBS foi realizado por todos os profissionais da unidade em especial pelo ACS que são os agentes mais próximos às gestantes e com maiores condições de monitorar as famílias e seu comportamento na comunidade. O monitoramento foi realizado a cada visita domiciliar realizada à família, porém enfrentamos algumas dificuldades relacionadas à introdução de alimentação suplementar precoce, devido a mitos e cultura das avós que acabam interferindo nesse processo, apesar de várias discussões a respeito desses mitos realizadas no

grupo de gestantes, nas consultas de pré-natal e nas reuniões com a comunidade. Esse fato foi observado em 02 casos.

Durante as 16 semanas, conseguimos também melhorar as ações de puericultura. O levantamento das crianças residentes na área, que se encontravam sem acompanhamento foi realizado pelos ACS os quais encaminharam as mães para realização das consultas na unidade durante as suas visitas. O monitoramento das consultas foi realizado mensalmente pelo enfermeiro e técnica de enfermagem da UBS através do livro de registros de consultas do programa de crescimento e desenvolvimento infantil e pelos ACS através dos cartões da criança onde se encontram registradas as consultas realizadas na unidade. Com essa situação percebemos que a sistematização das ações passou a ser estendido, naturalmente, às demais ações programáticas.

O monitoramento da investigação dos hábitos alimentares e da prática de atividade física regular das famílias das gestantes na unidade é realizado apenas para aqueles que realizam acompanhamento na unidade (hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, obesidade, desnutrição) ou aqueles que possuem alguma queixa decorrente de hábitos alimentares inadequados como constipação. O monitoramento não foi realizado durante o período, pois não foram registrados dados suficientes. O que conseguimos desenvolver durante esse período foram atividades do programa saúde na escola voltada para a prevenção da obesidade e alguns encaminhamentos dessas crianças para a nutricionista do NASF. No entanto, todas as gestantes receberam orientações sobre esses assuntos.

A avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias das gestantes foi realizada em todos os casos, e as mesmas foram mais diretamente monitoradas e observadas pelos ACS e equipe. Contamos também com as parcerias psicóloga e assistente social do NASF, com o CRAS e Conselho Tutelar para resolver os problemas relacionados a situações de negligência, violência doméstica, desnutrição e condições insalubres de moradia.

Em relação à avaliação de saúde bucal das gestantes, o monitoramento foi realizado pela cirurgiã-dentista. Devido à demanda reprimida na unidade por procedimentos e consultas odontológicas tivemos algumas dificuldades de conseguir inserir as gestantes em agenda compartilhada. Outro fator interveniente foi o fato de, no segundo mês de intervenção, a dentista ter saído de férias.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Relativos ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura de pré-natal.

Meta 1: Garantir 95% de cobertura das gestantes da área com pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS).

O trabalho de intervenção na USF começou com 26 gestantes residentes e identificadas na área adstrita, 25 delas em acompanhamento com a equipe, correspondendo a uma cobertura de 96,15%. Percebemos que a intervenção já iniciou com uma cobertura maior que a da meta pactuada, muito provavelmente pelo fato de não termos registros confiáveis antes da intervenção. Notamos que pensamos em ampliar algo que já estava com uma boa média. Isso chamou atenção para a importância dos registros serem fidedignos, pois não deixamos apenas de perceber aquilo que pode, e deve ser melhorado, mas também aquilo que fazemos e que pode estar bom, que pode ser positivo na nossa unidade e para a nossa equipe.

No decorrer das 16 semanas de intervenção a cobertura variou ao cadastrarmos novas gestantes e puérperas. Das 26 gestantes iniciais, 6 tiveram bebês no primeiro mês, se tornando puérperas no segundo ciclo da intervenção. Nesse mesmo período cadastramos 2 novas gestantes. No terceiro mês somamos 11 puérperas, e cadastramos mais 8 gestantes, e no quarto mês totalizamos com 14 puérperas e mais 4 gestantes.

Em média, a alta cobertura de pré-natal na unidade se deve ao fato de apenas pouco mais de 2% da população local possuir plano de saúde e, mesmo aquelas gestantes que realizam consultas na rede particular no município de Barreiras, muitas vezes, optarem por serem também acompanhadas pela equipe da USF. Essa escolha é motivada pela dificuldade das mesmas ao acesso de rotina na rede particular, por ser em outro município. Assim, mesmo que acompanhem com o particular por conta do parto, acompanham também conosco para garantir qualquer atendimento necessário. Por essa razão, a cobertura do pré-natal não sofre muitas variações, como observado na figura 5.

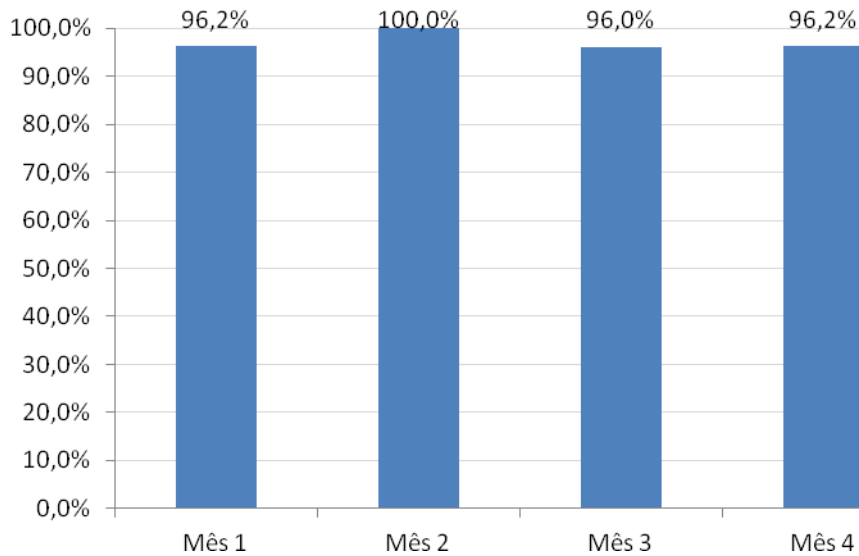


Figura 5: Gráfico indicativo da cobertura de pré-natal na UBS

Ao todo, durante o período de intervenção, foram registradas 40 gestantes e 14 puérperas no território, sendo acompanhadas na unidade 25 de um total de 26 gestantes no 1º mês, 22 de 22 gestantes no 2º mês, 24 de 26 gestantes no 3º mês e 25 de 26 gestantes no último mês de intervenção.

Meta 2: Captar 90% das gestantes da área que não fazem pré-natal na UBS nem em outro serviço.

Não foram encontradas gestantes que não estavam fazendo o pré-natal nem na UBS e nem em outro lugar. Todas as gestantes da área adstrita foram identificadas, e estavam sendo acompanhadas, assim, a ação de captá-las, exatamente, não existiu, mas sim, a de monitorar o território para detectar qualquer situação desse tipo. Essa atividade é rotina dos ACS.

Meta 3: Garantir a captação de 80% das gestantes no primeiro trimestre de gestação.

Quanto a iniciar o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, momento ideal e protocolar pelo Ministério da Saúde, ao final do primeiro mês de intervenção 84,0% do total de gestantes acompanhadas na unidade haviam iniciado o pré-natal no primeiro trimestre de gestação (21 das 25 gestantes), havendo uma queda para 77,3% no segundo mês (17 de 22) e com leve aumento (79,2% - 19 de 24) no terceiro mês intervenção, finalizando com 84,0% de captação das gestantes no 1º trimestre (21 de 25) - Figura 6.

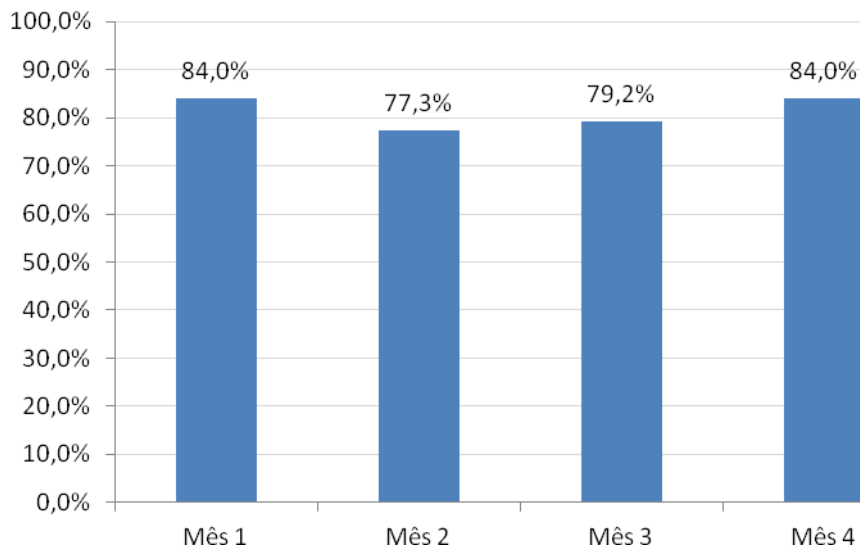


Figura 6: Gráfico indicativo de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre de gestação

Ao analisar a evolução do indicador ao longo dos quatro meses e ao consultar os prontuários das usuárias percebeu-se que a grande variação (queda) ocorrida no segundo mês foi provocada por um fato inesperado, pois de um total 3 gestantes que iniciaram o pré-natal na unidade no 2º mês de intervenção, 02 delas haviam se mudado para a área da ESF no último mês de gestação, pois vieram parir no município devido a questões familiares, e elas não tinham iniciado o pré-natal no 1º trimestre, nem na unidade de origem, nem na nossa. No 3º e no 4º mês de intervenção todas as gestantes inseridas no programa de pré-natal iniciaram precocemente o pré-natal (com idade gestacional - IG de 07 a 10 semanas). Dessa forma, não se pode considerar que houve falha na busca ativa das gestantes, mas sim, interferência de fatores que independem da nossa governabilidade.

Relativos ao objetivo 2: Melhorar a adesão ao pré-natal e puerpério.

Meta 4: Recuperar 100% das gestantes faltosas às consultas de pré-natal.

A ação de recuperação das gestantes faltosas às consultas ocorreu somente no segundo mês de intervenção, quando 2 gestantes faltaram ao acompanhamento e, após visitadas e contatadas pelos ACS, retornaram no terceiro mês, integrando o quadro de usuárias em dia com o protocolo de acompanhamento. Sendo assim, conseguimos a recuperação de 100% delas, conforme pactuado. O monitoramento dessa ação se deu junto com o monitoramento de gestantes que, mesmo não tendo faltado, poderiam estar com as consultas atrasadas.

Esse monitoramento possibilitou que verificássemos a proporção de gestantes em dia com as consultas conforme protocolo. E o resultado disso está ilustrado na Figura 7. Finalizamos o 1º mês de intervenção com 25 (100%) gestantes com suas consultas em dia. Durante o 2º mês foi observado que 2 das 22 gestantes acompanhadas não compareceram para consulta (9,1%) - foram as gestantes faltosas que receberam a busca ativa – e que fizeram com que a proporção de gestantes em dia baixasse para 90,9%. Durante reunião com os ACS responsáveis pelas mesmas foi colocado que uma delas havia viajado na data da consulta e a outra residia em área não coberta por ACS. Porém as mesmas compareceram no início do 3º mês para realização das consultas, tornando-se, novamente, em dia com a rotina. Durante o 3º e o 4º mês de intervenção mantivemos o acompanhamento de 100% das gestantes com consultas em dia, sem faltas ou atrasos.

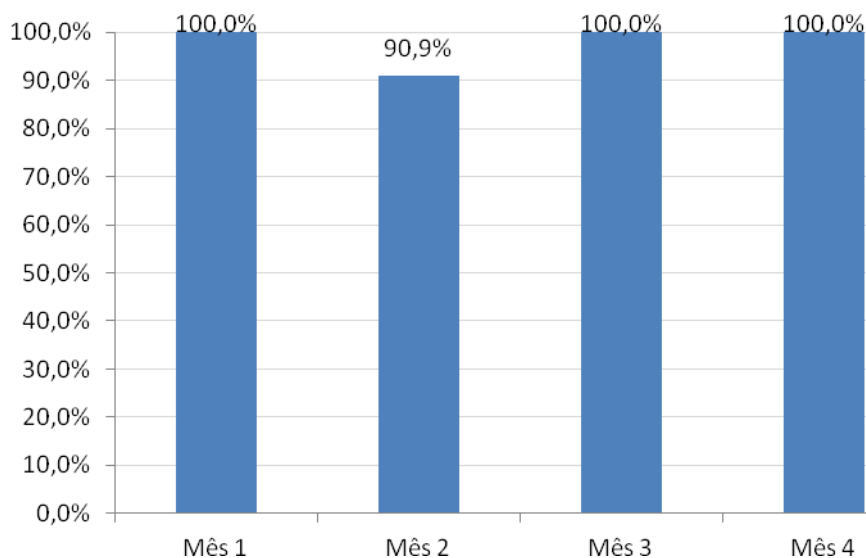


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de gestantes com as consultas em dia conforme o protocolo.

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizados na Unidade

Meta 5: Capacitar 100% da equipe para a utilização do um protocolo de pré-natal do Ministério da Saúde.

Toda a equipe foi capacitada durante o período de intervenção em grupos de estudos realizados conforme cronograma de atividades previstas e todos seguiram as orientações contidas no manual de pré-natal do Ministério da Saúde 2006. Inclusive, com a publicação do novo manual pelo MS (2012), as informações foram

atualizadas e adequadas, com a chegada do material impresso a equipe já iniciou as mudanças previstas no acompanhamento do programa.

Meta 6: Realizar pelo menos um exame ginecológico por trimestre em 100% das gestantes durante o pré-natal.

Durante as 16 semanas de trabalho monitoramos as gestantes que estavam em dia com o exame ginecológico trimestral por meio das fichas de acompanhamento e prontuários. Essa ação foi incorporada na rotina, e chegamos aos resultados descritos a seguir. No primeiro mês de intervenção 19 das 25 (76,0%) gestantes acompanhadas na unidade estavam com o exame ginecológico em dia. Com a atenção voltada para essa ação, o percentual foi sofrendo algumas variações, chegando a 21 das 22 (95,4%) no segundo mês, 22 das 24 (91,6%) no terceiro e finalizando o quarto mês com 24 de 25 (96,0%) gestantes com seu exame ginecológico trimestral em dia, conforme observado na figura 8.

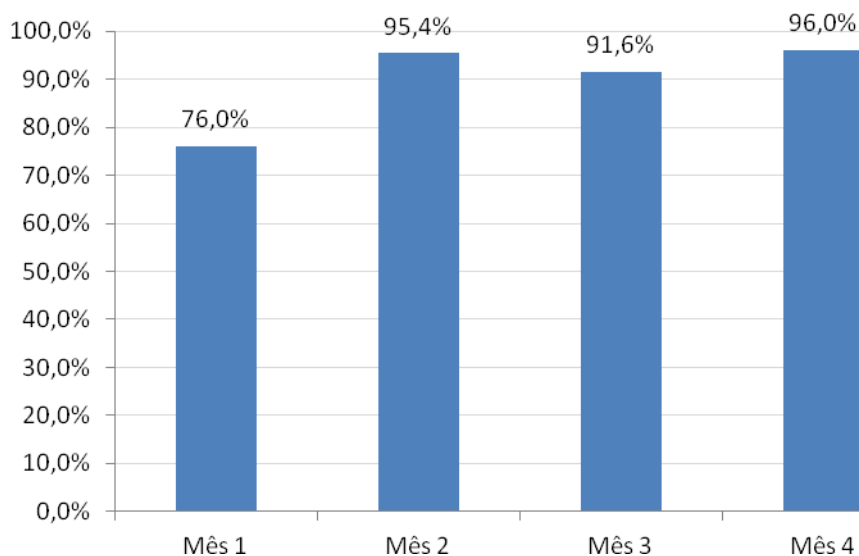


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de gestantes com exame ginecológico em dia conforme protocolo.

O objetivo da intervenção era que 100% das gestantes estivessem com seu exame ginecológico em dia, porém observamos que muitos são os fatores intervenientes, como demanda de atendimentos no dia, situações particulares da usuária, dentre outros. Por exemplo, uma delas não quis realizar o exame ginecológico, pois julgou que, naquele dia, não estava preparada para o mesmo, combinando retorno para a próxima semana a fim de realizá-lo. Logo, muitas vezes, a situação de não estar em dia não significa acompanhamento deficitário, pois a

atenção voltada para essa ação faz com que todos os casos detectados no monitoramento periódico sejam regularizados o mais breve possível.

Meta 7: Realizar pelo menos um exame clínico de mamas em 100% das gestantes durante o pré-natal.

No primeiro mês de intervenção 22 das 25 (88,0%) gestantes acompanhadas tinham realizado o exame clínico das mamas. Nos períodos seguintes tivemos 21 das 22 (95,5%), 22 das 24 (91,7%) e, ao final do quarto mês, conseguimos alcançar a meta de 100%, com as 25 gestantes do período submetidas ao exame clínico das mamas, evidenciando a melhoria efetiva da qualidade da atenção (Figura 09). As principais diferenças entre manter as gestantes em dia com o exame ginecológico e com o exame clínico das mamas fica por conta da periodicidade (o primeiro sendo trimestral, e o segundo sendo uma vez ao longo da gestação) e da postura das usuárias, que, muitas vezes, não se sentem preparadas para serem submetidas ao exame ginecológico, e não se sentem da mesma maneira em relação ao exame de mamas.

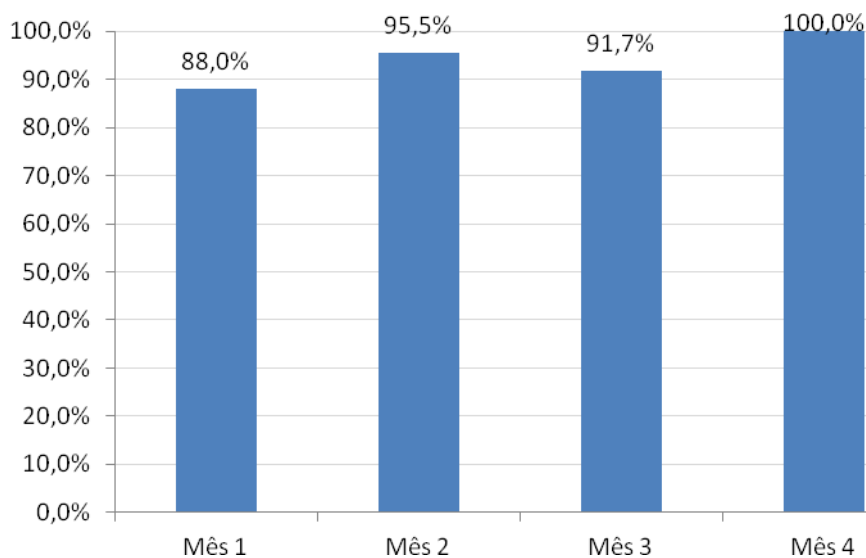


Figura 09: Gráfico indicativo da proporção de gestantes com exame clínico das mamas em dia.

Meta 8: Garantir a 100% das gestantes a prescrição de suplementação de ácido fólico conforme protocolo.

Meta 9: Garantir a 100% das gestantes a prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo.

A análise adequada dos indicadores referentes à suplementação de ferro e ácido fólico não foi possível, pois, segundo o protocolo de pré-natal do Ministério da Saúde, a suplementação de ferro deve ser iniciada na 20ª semana de gestação, devido à maior intolerância digestiva do primeiro trimestre gestacional, e deve seguir até o período pós-parto. E a suplementação de ácido fólico deve ter início assim que diagnosticada a gestação (quando não planejada, pois, se planejada, o ideal é a utilização desde o período pré-concepção), e tem efeitos positivos se administrado até a 12ª semana, apenas, não sendo prescrito para gestantes que iniciam o acompanhamento após essa idade gestacional. Para que o indicador fosse calculado sem viés, as gestantes do denominador deveriam ser separadas por período gestacional, para que o mesmo fosse averiguado segundo o protocolo. Para o sulfato ferroso entrariam no denominador apenas gestantes após a 20ª semana gestacional, e para o ácido fólico seriam as gestantes até a 12ª semana, ou, se todas, deveríamos ter as informações retroativas em relação às gestantes que iniciaram o acompanhamento conosco após essa IG. Diante do exposto, os dados apresentados nas figuras 10 e 11 não correspondem à proporção de gestantes com a prescrição de suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso conforme protocolo, por não respeitar a variável idade gestacional, o que tornaria o indicador mais fiel, mas sim, à proporção de gestantes que recebeu tal prescrição, independente do período gestacional, não oferecendo a medida conforme protocolo. Assim, as proporções podem estar subestimadas, ou superestimadas, por inadequação do denominador. Ao detectarmos essa falha na avaliação final da intervenção fizemos alterações nas fichas de acompanhamento para que pudéssemos monitorar de maneira mais adequada.

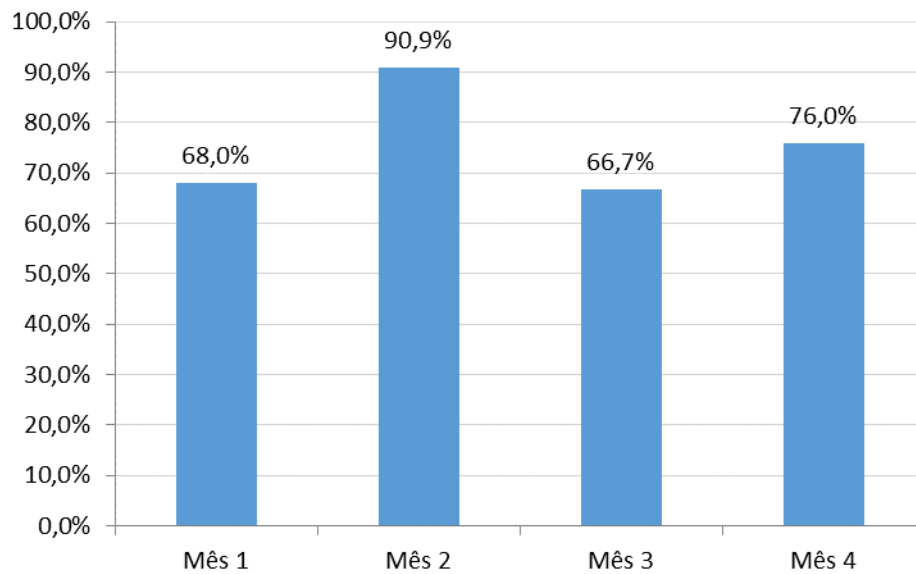


Figura 10 – Gráfico da proporção de gestantes com prescrição de suplementação de sulfato ferroso

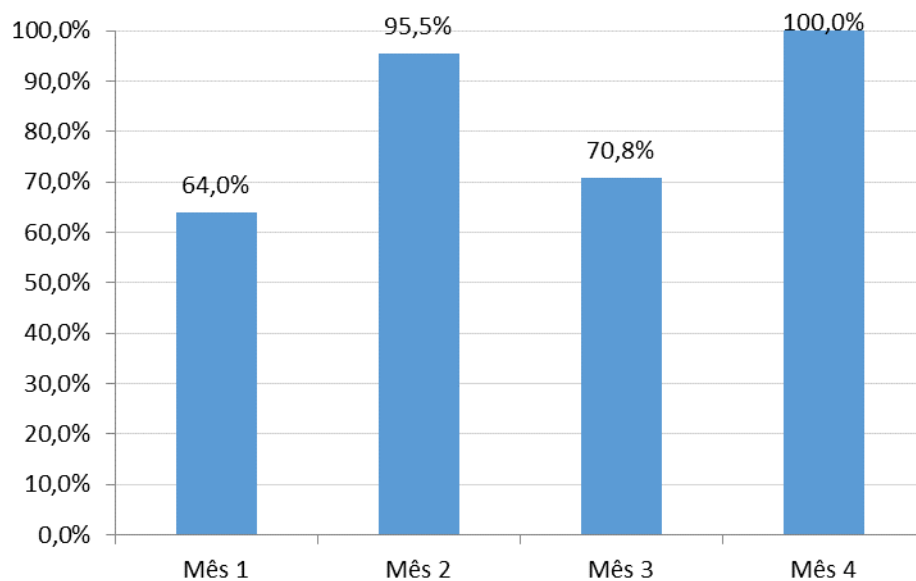


Figura 11 – Gráfico da proporção de gestantes com prescrição de suplementação de ácido fólico

Meta 10: Garantir a 100% das gestantes solicitação de tipagem sanguínea (ABO-Rh), sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) e de sorologia para hepatite B (HBsAg) na primeira consulta, e de hemoglobina/hematócrito, glicemia de jejum, exame para diagnóstico de sífilis (VDRL), exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma e testagem anti-HIV na primeira consulta e próximo à 30ª semana de gestação conforme protocolo.

Em relação às solicitações de exames, os indicadores ficaram em 100% durante os 4 meses analisados, pois a solicitação dos exames protocolares já fazia parte da rotina da unidade, estando bem sistematizado e incorporado no dia a dia. Inclusive a situação das gestantes que se mudaram para a área no período do parto foi averiguada, e estava regular.

Durante o período de trabalho, inclusive, observamos avanços e melhorias em relação à agilidade e eficácia no processo de realização dos exames laboratoriais e maior satisfação das usuárias devido às mudanças que conseguimos em reunião entre a equipe, a SMS e o laboratório municipal para o estabelecimento de novos fluxos. Com a implantação do teste da mamãe no município (coleta em papel filtro para análise todas as sorologias preconizadas + hemoglobinopatias) obtivemos uma grande ajuda (facilidade) no que se refere à realização dos exames e diminuição dos custos para o município.

Meta 11: Garantir 100% de atendimento das intercorrências na gestação.

O atendimento das intercorrências durante a gestação foi garantido a todas as gestantes acompanhadas na unidade, porém, nem todas pela equipe responsável, pois algumas intercorrências aconteceram durante os finais de semana, o que levou as gestantes a procurarem atendimento no hospital municipal. Os dados foram coletados mediante avaliação dos prontuários e relatos das mesmas durante as reuniões dos grupos de gestantes ou os atendimentos individuais. Foram poucas as intercorrências identificadas durante esse período: 01 atendimento devido à hiperemese gravídica, 02 atendimentos por sangramento vaginal e 01 por dor em baixo ventre. Todas tiveram seus problemas prontamente atendidos. Durante o período não ocorreu nenhum aborto entre as gestantes acompanhadas na unidade.

Meta 12: Garantir que 100% das gestantes estejam em dia com o esquema da vacina anti-tetânica.

No primeiro mês de intervenção 84,0% das gestantes se encontravam com vacina anti-tetânica em dia. Esse percentual aumentou para 90,9% no segundo mês, 95,8% no terceiro mês e, no último mês, 100,0% das gestantes se encontravam com seu esquema vacinal em dia, alcançando a meta pactuada no projeto (Figura 12).

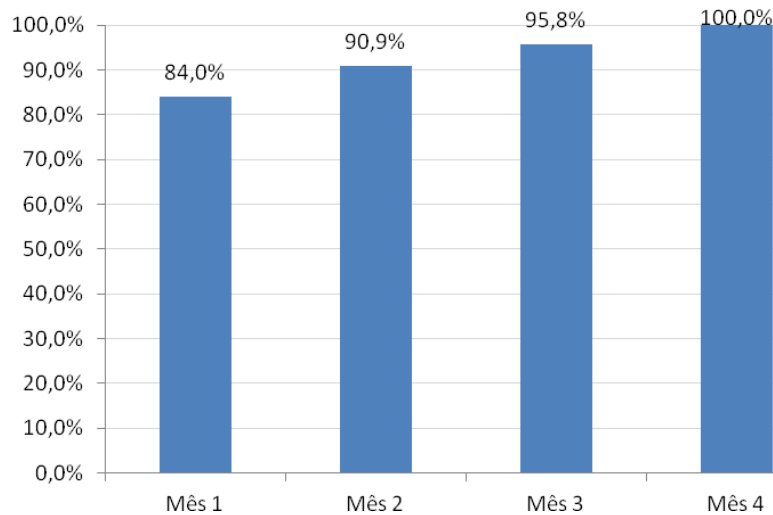


Figura 12: Gráfico indicativo da proporção de gestantes com a vacina anti-tetânica em dia conforme protocolo.

Meta 13: Garantir que 100% das gestantes estejam em dia com o esquema da vacina de Hepatite B.

Assim como com a vacina anti-tetânica, conseguimos alcançar a meta proposta no projeto sobre a vacinação contra a Hepatite B. No primeiro mês de intervenção 84,0% das gestantes se encontravam com vacina contra hepatite B em dia. Esse percentual aumentou para 92,0% no segundo mês, 95,8% no terceiro mês e no, ao final do período, 100% das gestantes se encontravam com seu esquema vacinal em dia (Figura 13). Essa ação foi possível por já fazer parte da rotina a vacinação das gestantes. No entanto, como se percebeu, nem sempre a periodicidade seguia o recomendado, basta observar que, ao iniciar o monitoramento sistemático da ação, no início do primeiro mês de intervenção, a proporção não chegava a 90% em nenhum dos casos.

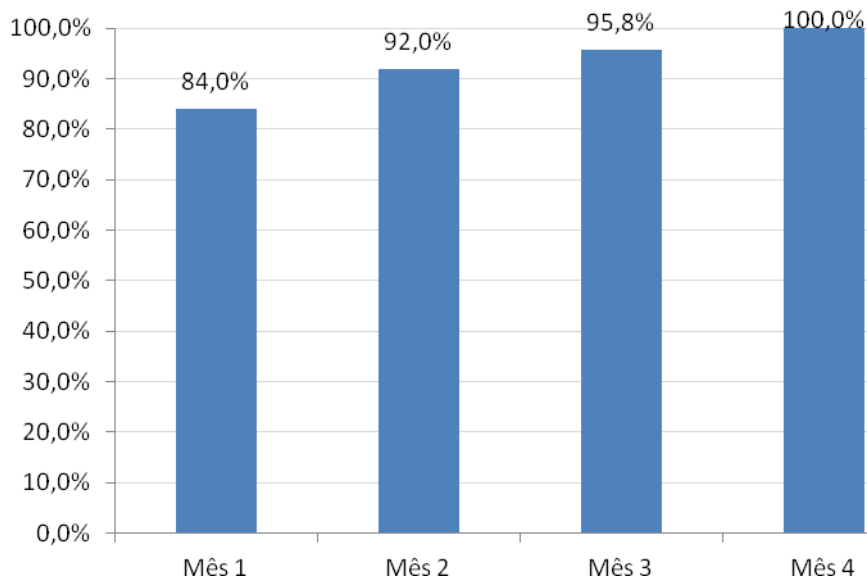


Figura 13: Gráfico indicativo da proporção de gestantes com a vacina contra Hepatite B em dia conforme protocolo.

Meta 14: Realizar exame de puerpério em 100% das parturientes entre o 30º e 42º dia do pós-parto.

Em relação às consultas de puerpério, com a intensificação das ações previstas no projeto, 100% das gestantes (14 gestantes) que pariram durante o período de intervenção realizaram consultas de puerpério entre o 30º e 42º dias pós-parto.

Meta 15: Garantir consulta especializada para 100% das gestantes que apresentarem esta necessidade.

Durante as 16 semanas só necessitaram de consulta com algum especialista as duas gestantes classificadas como de alto risco gestacional, que, então, foram encaminhadas para atendimento especializado no Centro de Atenção à Mulher (CAM). Não houve necessidade de nenhum outro tipo de encaminhamento para outras especialidades.

Meta 16: Realizar avaliação de saúde bucal em 100% das gestantes acompanhadas na UBS.

No primeiro mês de intervenção apenas 56,0% das gestantes (14 de 25) haviam realizado avaliação de saúde bucal. Esse número aumentou para 86,4% (19 de 22) no segundo mês e, devido ao fato de a dentista da unidade estar de férias no mês de julho, juntamente com o ingresso de novas gestantes, esse percentual caiu

para 66,7% (16 de 24) no terceiro mês. Com o retorno dos profissionais de saúde bucal à unidade ao final do 4º mês de intervenção 88,0% (22 de 25) das gestantes acompanhadas foram avaliadas.

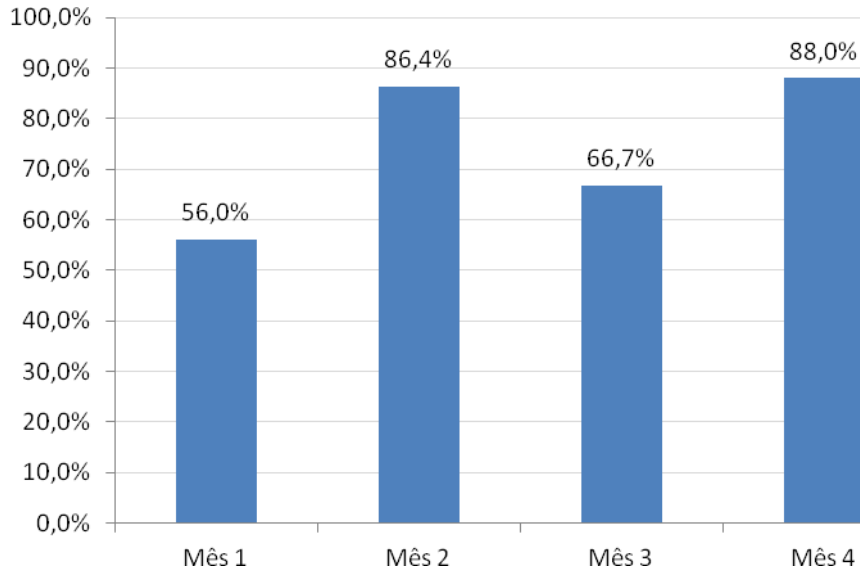


Figura 14 – Gráfico indicativo da proporção de gestantes com avaliação de saúde bucal

Não foi possível alcançar a meta de 100,0% durante as 16 semanas, e os principais fatores intervenientes foram a agenda dos odontólogos, nem sempre adequada para o que era possível às gestantes e a cultura de algumas gestantes sobre o tratamento odontológico durante a gestação, o mito de que não se deve fazê-lo. Percebemos, com isso, que devemos intensificar as ações de educação nessa área, e o trabalho multiprofissional, a fim de alcançar melhores resultados.

Mesmo não tendo alcançado as metas previstas inicialmente obtivemos um grande avanço e melhoria nas ações de saúde bucal voltadas para esse público. No primeiro mês de intervenção apenas 40% das gestantes haviam concluído o tratamento odontológico, e esse número aumentou para 67,9% em três meses. Esses números nem eram acompanhados pela equipe anteriormente.

A planilha de coleta de dados auxiliou bastante esse processo, pois a partir do momento que as atividades eram executadas, as mesmas eram checadas. Outro fator importante foi a conscientização das gestantes.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar registros das informações;

Meta 17: Manter registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação de 100% das gestantes.

Durante o período de intervenção foi iniciado o registro nas fichas espelho das gestantes acompanhadas na UBS e, ao final dos 04 meses, 100% delas estavam com os dados completos registrados na ficha espelho de pré-natal/vacinação, o que facilitou, significativamente, o monitoramento e o acompanhamento do trabalho, necessário para a rotina da unidade, e a coleta de dados para a avaliação do período de intervenção.

Relativos ao objetivo 5: Mapear as gestantes de risco.

Meta 18: Realizar avaliação de risco gestacional em 100% das gestantes.

Todas as gestantes acompanhadas na unidade passaram por avaliações periódicas de risco gestacional, já que essa condição pode mudar no decorrer do período. Dentre as gestantes acompanhadas na UBS durante as 16 semanas foram identificadas 02 gestantes de alto risco, sendo que uma que apresentou Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) último trimestre de gestação, e outra, com 39 anos, era obesa e portadora de hipertensão arterial sistêmica não controlada antes da concepção. As duas foram encaminhadas para acompanhamento de alto risco no Centro de Atenção à Mulher (CAM) em Barreiras, sendo que a primeira já pariu de parto vaginal e a segunda, por ter sido cadastrada na unidade no último mês de intervenção, continua sendo acompanhada, tanto no CAM como na UBS.

Relativos ao objetivo 6: Realizar promoção da Saúde.

Meta 19: Garantir orientação nutricional a 100% das gestantes.

No primeiro mês de intervenção apenas 76% das gestantes haviam recebido orientação nutricional, esse número aumentou para 90% no segundo mês, 91% no terceiro mês e ao final do 4º mês de intervenção 100% das gestantes acompanhadas receberam orientação nutricional. Essas orientações eram passadas várias vezes, feitas e reafirmadas, pois os momentos de grupo, consultas individuais, visitas domiciliares e consultas odontológicas, todos eram utilizados para reforçar as diversas orientações para promoção da saúde.

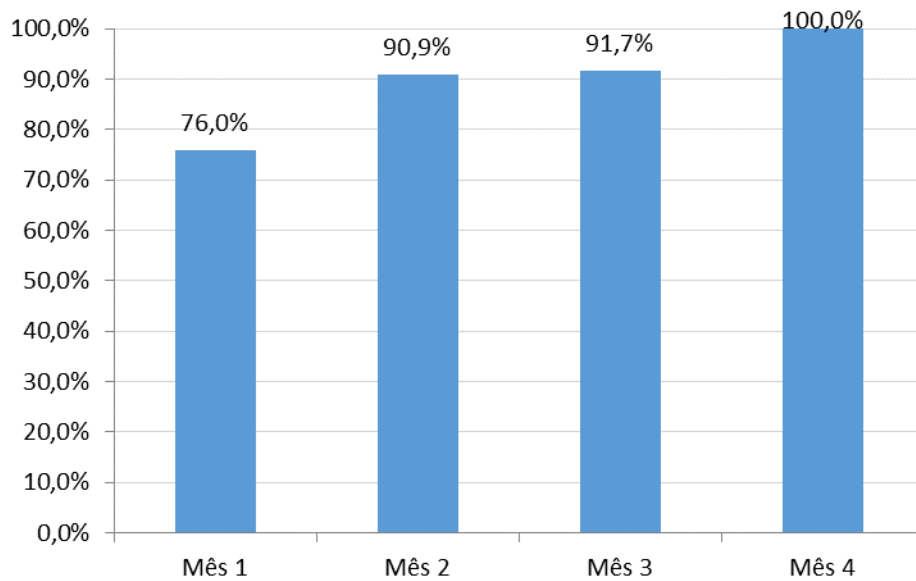


Figura 15: Gráfico demonstrativo da proporção de gestantes que recebeu orientação nutricional.

Meta 20: Promover o aleitamento materno a 100% das gestantes.

No primeiro mês de intervenção apenas 92,0% das gestantes haviam recebido orientações relacionadas ao aleitamento materno. Esse número teve leve queda para 90,9% no segundo mês, aumentando para 95,8% no terceiro mês e, ao final do 4º mês de intervenção, 100% das gestantes acompanhadas receberam orientações e foram incentivadas a amamentar seus filhos com aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida.

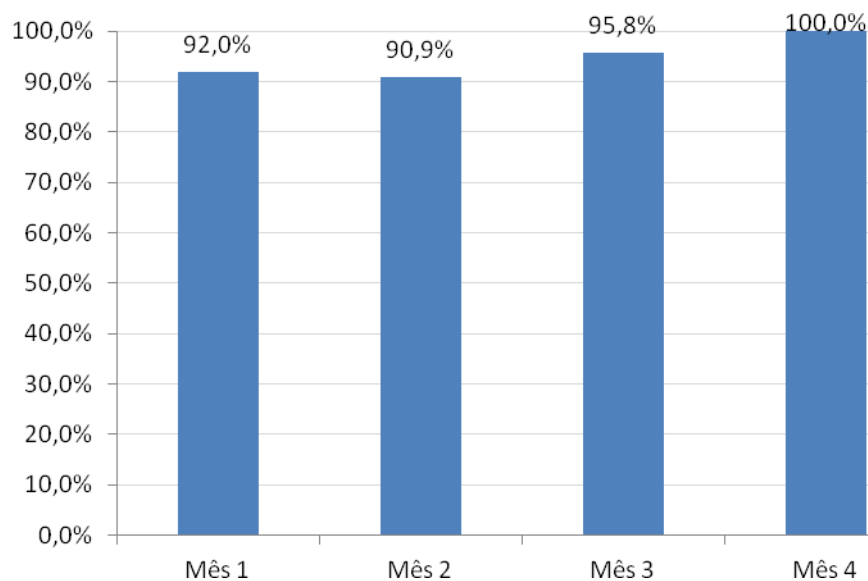


Figura 16 – Gráfico ilustrativo da proporção de gestantes orientadas sobre aleitamento materno.

Meta 21: Orientar 100% das gestantes sobre os cuidados com o recém-nascido.

No primeiro mês de intervenção apenas 76,0% das gestantes haviam recebido orientações sobre os cuidados com o recém-nascido. Esse número aumentou para 90,0% no segundo mês, 91,0% no terceiro mês e, ao final do 4º mês de intervenção, 100,0% das gestantes acompanhadas haviam recebido as orientações durante a participação nos grupos e/ou consultas individuais.

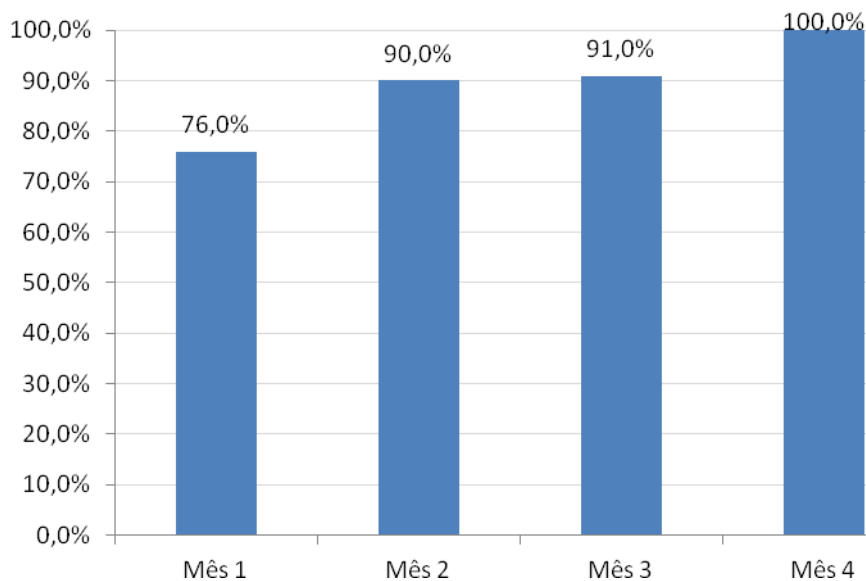


Figura 17 – Gráfico indicativo da proporção de gestantes orientadas sobre os cuidados com o recém-nascido.

Meta 22: Orientar 100% das gestantes sobre anticoncepção após o parto.

No primeiro mês de intervenção apenas 72% das gestantes haviam recebido orientação sobre anticoncepção após o parto, esse número aumentou para 77,3% no segundo mês, 83,3% no terceiro mês e ao final do 4º mês de intervenção 88% das gestantes acompanhadas receberam orientação sobre anticoncepção após o parto. Considerando que várias gestantes iniciaram o pré-natal no último mês de intervenção ainda não receberam todas as orientações necessárias para o pré-natal. Esse avanço foi fruto de um maior controle e planejamento das consultas e pré-natal e foi reforçado pelo grupo de gestantes que teve um papel fundamental nas ações de educação em saúde desenvolvidas durante esse período.

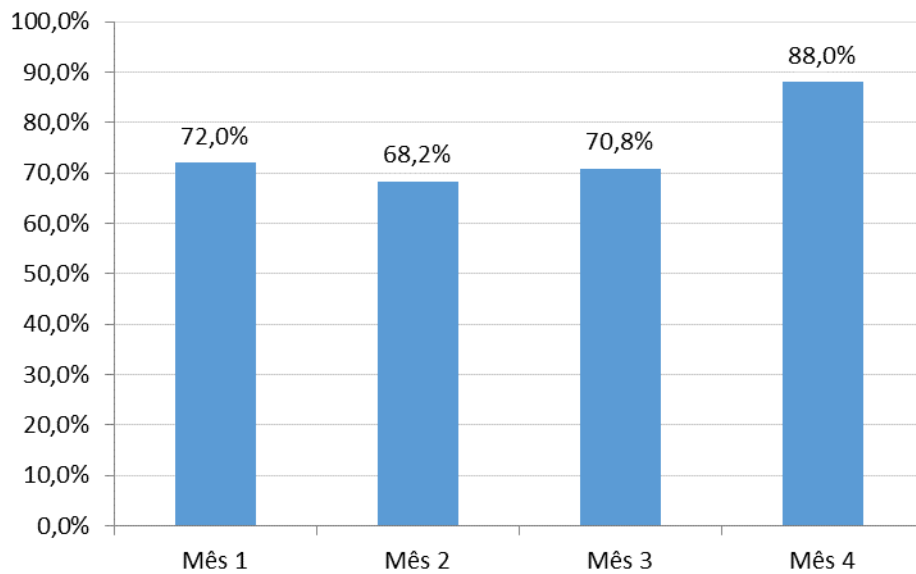


Figura 18 – Gráfico ilustrativo da proporção das gestantes que receberam orientação anticoncepção pós-parto

Meta 23: Orientar 100% das gestantes sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

No primeiro mês de intervenção apenas 92,0% das gestantes haviam recebido orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação. Com o ingresso de novas gestantes na unidade esse número decaiu para 90,9% no segundo mês, 89,5% no terceiro mês e, ao final do 4º mês de intervenção, 100% das gestantes acompanhadas receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação, alcançando a meta pactuada. Essas orientações eram dadas por toda a equipe, nos diversos momentos de encontro da unidade.

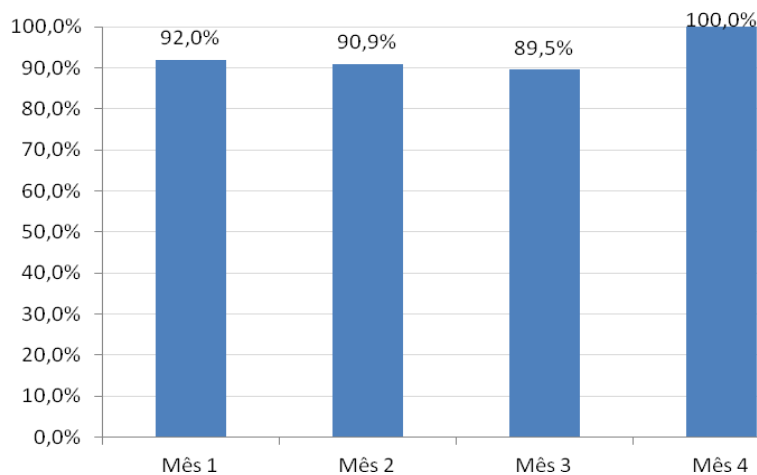


Figura 19 – Gráfico indicativo da proporção de gestantes orientadas sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

Meta 24: Orientar 100% das gestantes acompanhadas na unidade sobre a higiene bucal e prevenção de cárie, na mãe e no recém-nascido.

No primeiro mês de intervenção apenas 76% das gestantes haviam recebido orientação sobre higiene bucal e prevenção de cárie, aumentando para 95,7% no segundo mês. Devido ao período de férias da dentista e ao ingresso de novas gestantes na unidade, esse número decaiu para 85,2% no terceiro mês e ao final do 4º mês de intervenção 89,3% das gestantes acompanhadas receberam orientação sobre a higiene bucal e prevenção de cárie.

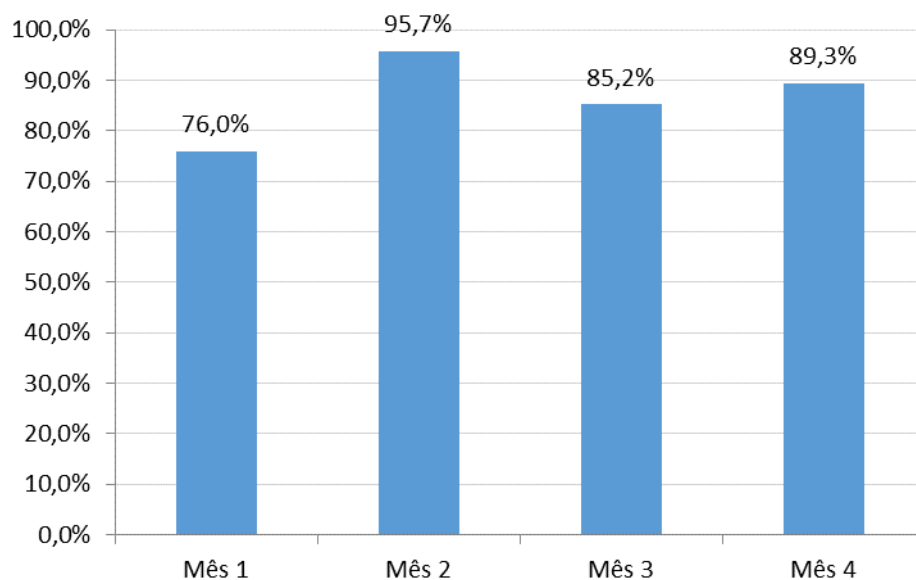


Figura 20 – Gráfico demonstrativo da proporção de gestantes que receberam orientação sobre higiene bucal e prevenção de cárie, na mãe e no recém-nascido.

Relativos ao objetivo 7: Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias das gestantes.

Meta 25: Investigar em 100% das gestantes a cobertura vacinal de todos os indivíduos de sua família.

Meta 26: Investigar em 100% das gestantes a situação da prevenção do câncer de colo uterino e de mama de todas as mulheres de sua família.

Meta 27: Investigar em 100% das gestantes a situação do atendimento de puericultura das crianças de sua família.

Meta 28: Investigar em 100% das gestantes a situação do atendimento dos adultos hipertensos e/ou diabéticos de sua família.

Meta 29: Investigar em 100% das gestantes a situação do atendimento programático aos idosos de sua família.

Meta 30: Investigar os hábitos alimentares de 100% das famílias das gestantes.

Meta 31: Investigar a prática de atividade física regular em 100% das famílias das gestantes.

Meta 32: Avaliar a situação de risco e vulnerabilidade de 100% das famílias das gestantes.

No que se refere às metas de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias das gestantes, foram desenvolvidas algumas atividades com a finalidade de atingir as metas propostas, porém não especificamente voltadas a cada grupo. Nas reuniões com o grupo de gestantes foram discutidos vários aspectos relacionados à saúde dos familiares como cobertura vacinal, prevenção do câncer de colo uterino e de mama, puericultura, saúde do idoso, hábitos alimentares e a prática de atividade física regular onde enfatizamos a importância do acompanhamento desses grupos para fins de prevenção de doenças e/ou complicações decorrentes das mesmas. A promoção da saúde dos familiares foi feita de maneira indireta, por meio de orientação das gestantes, multiplicadoras da informação, e direta, por meio da identificação, por relato das próprias gestantes, de casos a serem acompanhados pela equipe.

Visando a promoção da saúde entre os familiares das gestantes, foram identificados vários familiares portadores de hipertensão e diabetes com os quais foi realizado um encontro com a participação da nutricionista e educador físico onde foram abordados assuntos referentes à alimentação e nutrição, atividade física, importância da medicação e controle da doença e vacinação. Preparamos ainda um café da manhã para todos os presentes e foram realizados teste de glicemia capilar, aferição de Pressão Arterial e atualização da caderneta de vacinação de todos os presentes. O encontro foi muito gratificante, e tivemos uma boa participação por parte dos usuários, somando um total de 94 familiares e todos os 08 ACS.

4.2 Discussão

A intervenção na Unidade de Saúde da Família Aurelina Gonçalves de Jesus propiciou a ampliação da cobertura da atenção ao pré-natal, a melhoria dos registros

e a qualificação da atenção, com destaque para otimização na realização dos exames laboratoriais, a classificação de risco da população alvo e a sistematização do pré-natal odontológico.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, acompanhamento e monitoramento das gestantes atendidas na UBS, qualificando o preparo das mulheres para o processo gestar, parir e cuidar do recém-nascido. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de toda a equipe: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, recepção, equipe de saúde bucal e os ACS.

A enfermeira ficou responsável pela coordenação das atividades de sala de espera desenvolvidas na unidade e no grupo de gestantes, bem como pelas consultas de pré-natal intercaladas com o médico da unidade. Além das consultas, o médico ficou responsável pelos encaminhamentos das gestantes ao pré-natal de alto risco e demais encaminhamentos quando necessários. A técnica de enfermagem ficou responsável por alguns registros e pelo agendamento dos exames das mesmas na unidade e triagem. A recepcionista ficou responsável pela parte de informações e divulgação do grupo, busca de prontuários entrega de informativos e panfletos para as gestantes, ACS e comunidade. A equipe de saúde bucal ficou responsável pelas orientações avaliações e atendimentos das gestantes em saúde bucal. O grupo de gestantes teve a participação do NASF e de alguns integrantes da equipe (enfermeira e odontóloga). Os grupos de estudo foram realizados com a participação de toda a equipe e todos os profissionais adotaram as orientações contidas nos manuais do Ministério da Saúde. Os ACS tiveram um papel fundamental nesse processo no que se referiu à busca ativa das gestantes, divulgação do projeto na comunidade, agendamento das reuniões com a comunidade e com as gestantes, orientações quanto à importância do acompanhamento de pré-natal e participações das reuniões.

As ações do projeto acabaram proporcionando um impacto também em outras atividades do serviço, como, por exemplo, no fortalecimento dos programas de puericultura, crescimento e desenvolvimento Infantil, educação alimentar, hipertensão e diabetes.

Antes da intervenção nas atividades de atenção ao pré-natal, as gestantes enfrentavam várias dificuldades relacionadas à realização dos exames protocolares e ao acesso aos serviços de saúde bucal. A intervenção proporcionou a melhoria do

acesso aos exames laboratoriais e aos atendimentos pela equipe de saúde bucal, bem como fortaleceu as ações de educação em saúde e melhorou a assistência ao pré-natal na unidade. O monitoramento das gestantes a partir do registro dos dados na planilha e no livro de registros direcionou as ações implementadas na unidade de forma que, o que se percebeu que não foi abordado até o momento com determinada mulher, já está fazendo parte do planejamento das próximas ações e procedimentos a serem realizados nas próximas consultas.

É importante sinalizar que para alguns indicadores, como os relacionados à vacinação da gestante e às ações de promoção de saúde, não foi atingido 100% das gestantes num primeiro momento pelo fato que nem todas as orientações relacionadas ao pré-natal são fornecidas em uma única consulta, e nem todas as gestantes estão munidas de toda a documentação nesse primeiro contato, como o cartão de Vacinação, por exemplo. Dessa forma, à medida que essas gestantes iam ingressando na unidade para acompanhamento essas ações iam sendo desenvolvidas gradualmente.

Já é perceptível o impacto da intervenção na comunidade, ao menos no que se refere às gestantes e familiares das mesmas. As gestantes estão se sentindo mais acolhidas e assistidas pela equipe e referem ter reduzido as dificuldades de acesso aos exames e ao atendimento odontológico. As reuniões do grupo proporcionaram vasta troca de experiências entre as participantes além da abordagem de vários assuntos relacionados à saúde da mulher e ao processo gestar e parir. Os familiares das mesmas se sentem mais amparados ao ver que o acompanhamento da gestante na unidade está se tornando mais efetivo.

A intervenção poderia ter sido mais efetiva se fossem inseridas na programação mais atividades com os familiares das gestantes. Foram realizadas apenas duas reuniões voltadas para os mesmos. Na primeira foi feita a divulgação do projeto e da intervenção, além de orientações gerais sobre promoção de saúde e pré-natal, e na última foi realizado o primeiro encontro com os familiares portadores de hipertensão e diabetes.

Também poderia ter alcançado uma maior cobertura no que se refere às ações de saúde bucal se houvesse melhor articulação com a equipe odontológica da UBS, principalmente no que se refere à agenda. Além do período de férias da dentista, a mesma passou a atender na unidade apenas 03 dias na semana, e 01 dia na unidade móvel odontológica, na zona rural, o que também interferiu um pouco

na inserção das mulheres nos atendimentos de saúde bucal da unidade. Agora que estamos concluindo a intervenção, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, teremos condições de corrigir os erros e superar algumas das dificuldades encontradas. Inclusive vamos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar indicadores referentes às atividades de promoção à saúde focada nos familiares das gestantes.

4.3 Relatório da intervenção para os gestores

Prezada Secretária Municipal de Saúde

Sr^a

Como é de seu conhecimento, durante 16 semanas, realizamos uma intervenção na Unidade de Saúde da Família Aurelina Gonçalves de Jesus com o intuito de melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério àquela população. As ações tiveram início 20 dias após o programado devido o novo cargo de assumido no município, e foram realizadas em parceria com a equipe da UBS e a equipe do NASF municipal. Além desses atores, foram realizadas reuniões com o laboratório municipal, as gestantes e a comunidade para a apresentação do plano de ações e o direcionamento das atividades a serem realizadas.

As reuniões com a comunidade e com o grupo de gestantes propiciaram uma maior aproximação da equipe da ESF com as famílias assistidas na unidade e inseriram os usuários na programação das atividades da equipe na comunidade, promovendo o engajamento público.

Durante esses 04 meses de intervenção foram registradas 40 gestantes dentre as quais 14 deram a luz. A cobertura de pré-natal na unidade variou entre 96 e 100%, todas as gestantes da área adstrita foram acompanhadas na unidade, conseguimos captar na média de 80% das gestantes no primeiro trimestre de gestação, recuperamos as únicas duas gestantes que faltaram às consultas de rotina no segundo mês de intervenção e toda a equipe foi capacitada para a utilização do protocolo de pré-natal do Ministério da Saúde, além de outras capacitações realizadas na unidade como a capacitação para a coleta material do teste da mamãe e para teste do pezinho. Conseguimos realizar em grande maioria das gestantes pelo menos um exame ginecológico por trimestre e o exame clínico

de mamas em todas as gestantes. Todas as gestantes acompanhadas durante esses 04 meses realizaram suplementação de ácido fólico e de sulfato ferroso, foram solicitados os exames laboratoriais de 100% das gestantes na primeira consulta, foram atendidas 100% das intercorrências na gestação ocorridas no período. Em relação à cobertura vacinal das gestantes obtivemos uma progressão gradual até que 100% se encontrassem com vacinação em dia. Todas as 14 puérperas nesse período realizaram o exame de puerpério até o 42 dias pós parto, as 02 gestantes que necessitam de atendimento especializado e as duas outras que foram classificadas como de alto risco aforam encaminhadas e atendidas no Centro da Atenção à Mulher em Barreiras.

Conseguimos vários avanços relacionadas ao pré-natal odontológico onde a maioria das gestantes receberam orientações sobre a higiene bucal e prevenção de cárie, na mãe e no recém-nascido e realizaram avaliação e saúde bucal. Porém não conseguimos alcançar 100% das gestantes por causa das férias da dentista no 3º mês de intervenção. Porém poderíamos ter nos articulado melhor para que a ASB realizassem essas orientações na sala de espera. Observa-se a necessidade de intensificar essa ação na nossa UBS.

As ações de educação em Saúde foram intensificadas fruto de um maior controle e planejamento das consultas de pré-natal e reforçado pelo grupo de gestantes e pelo monitoramento periódico dos prontuários e da planilha de coleta de dados. Nesses quatro meses de intervenção foram realizadas 10 reuniões com o grupo de gestantes, onde todas as gestantes foram orientadas quanto à amamentação, alterações fisiológicas na gravidez, contracepção pós-parto, cuidados com o RN, fisiologia da amamentação e benefícios que a mesma traz para o conjunto mãe e filho, orientações sobre saúde bucal e alimentação, condições e fluxos que as mesmas terão que seguir durante o trabalho de parto, Rede Cegonha e a lei que garante à gestante o direito ao acompanhante durante o trabalho de parto, dificuldades e barreiras enfrentadas para gozar desse direito durante o parto, percepção e necessidades identificadas pelas mesmas acerca da assistência à gestante, a importância da realização dos exames durante a gestação, abordagem geral das doenças diagnosticadas pelo teste da mamãe, dúvidas e mitos a respeito do consumo de alguns alimentos bem como da prática de exercício físico durante o período gestacional e de amamentação. Durante as reuniões houve uma grande

troca de experiências e esclarecimentos de dúvidas, o que ajudou bastante no acompanhamento pré-natal, parto e puerpério.

Foram realizadas, ainda, outras atividades como encontro com diabéticos e hipertensos, com a presença da nutricionista e do educador físico do NASF, onde foram fornecidas orientações sobre alimentação e nutrição, atividade física, importância da medicação e vacinação. Durante o encontro foram realizados teste de glicemia capilar, aferição de PA e cálculo do IMC de cada participante, além de fornecidas orientações nutricionais para cada caso.

Com a finalidade de melhor atender a população local, foram realizadas capacitações e grupos de estudo com a equipe da ESF sobre realização e o aconselhamento pré e pós teste da mamãe, teste do pezinho, Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério, importância do acompanhamento de pré-natal no processo gestar e parir, o que poderemos fazer pra melhorar a assistência à mulher, ao feto e ao recém-nato, e quais os desafios enfrentados para prestar essa assistência, Rede Cegonha, doenças diagnosticadas no teste da mamãe e depressão pós-parto.

As amostras para análise laboratorial das gestantes passaram a ser coletadas na unidade apenas na 6ª semana de intervenção. Infelizmente não conseguimos articular para coleta do material na unidade desde o início, como era desejado, por falta de pessoal e devido à dificuldade de transporte das amostras da UBS para o laboratório. Mesmo assim, tivemos uma boa repercussão com a mudança, pois as gestantes se sentiram mais acolhidas e assistidas e reduziram as dificuldades de acesso a esses exames para o acompanhamento de pré-natal. Com a implantação do teste da mamãe no município as amostras para realização de testes sorológicos passaram a ser coletadas em todas as Unidades de Saúde para todas as gestantes no 1º e 3º trimestre. Essa medida do governo do estado da Bahia ajudou muito a melhorar o acompanhamento das gestantes nos municípios, pois a maioria enfrentava dificuldades semelhantes relacionadas à realização desses testes. Foram coletadas amostras de todas as gestantes, inclusive daquelas que já haviam realizado os exames sorológicos, conforme orientação da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia (SESAB), e realizados os aconselhamentos pré e pós-testes. Não tivemos nenhuma resistência e todas as gestantes assinaram o termo de consentimento.

Para melhorar a assistência reunimos com a equipe da Casa de Saúde Municipal com a finalidade de identificar os principais problemas identificados

durante o parto e trabalho de parto, onde foi identificado que a equipe não se sente segura em executar os partos no município, pois o mesmo não possui suporte necessário à parturiente e ao RN em caso de complicações durante o trabalho de parto. Só são realizados os partos em que as gestantes chegam em período expulsivo e/ou em múltipara que teve um acompanhamento de pré-natal efetivo. Dessa forma, a maioria das gestantes é encaminhada para Barreiras após avaliação médica. Outro fator relevante é que os médicos não permitem que a mulher permaneça com acompanhante durante o período expulsivo do RN, podendo permanecer na enfermaria apenas até a descida da criança. A fim de melhorar a assistência ao parto no município, a estruturação do centro obstétrico municipal foi um dos principais tópicos inseridos no plano municipal da Rede Cegonha, que está em fase de elaboração.

Durante a intervenção foram realizadas avaliações gerais das atividades desenvolvidas onde identificamos alguns avanços no que se refere à assistência pré-natal na unidade como, por exemplo, a maior agilidade e eficácia no processo de realização dos exames laboratoriais, maior satisfação das usuárias com o sistema, melhor acompanhamento das mesmas pela equipe, maior agilidade no tratamento e controle de patologias identificadas durante o pré-natal, mais segurança aos profissionais que realizam o parto e maior acesso às ações de saúde bucal. Durante todo o período garantimos uma cobertura de qualidade acima dos 95%.

A sistematização e o monitoramento dos registros possibilitou a avaliação do que foi realizado até aqui, e o planejamento das ações que virão com a incorporação das atividades à rotina da unidade.

Sinto-me realizada em concluir minhas atividades, mesmo que com atraso devido às dificuldades enfrentadas e a falta de tempo durante todo esse processo de implementação do projeto, e agradeço a colaboração da Gestão Municipal, Equipe da ESF Aurelina Gonçalves, equipe NASF, Laboratório Municipal, Gestantes e Comunidade. Não fosse esse trabalho amplo e multiprofissional, não teríamos alcançado tais êxitos.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Cara comunidade da Unidade de Saúde da Família Aurelina Gonçalves de Jesus

Foi muito bom contar com vocês no projeto de melhoria do pré-natal e puerpério que desenvolvemos aqui na unidade. Para aqueles que acompanharam desde o início, puderam perceber que tivemos um pequeno atraso para começar a colocar nosso projeto em prática, porque assumi outras funções no município. Mas conseguimos iniciar as atividades 20 dias depois do planejado, com a ajuda da nova equipe do posto, do pessoal do NASF, do laboratório municipal, da Secretaria de Saúde e de vocês.

Nesses quatro meses tivemos muitos avanços. Fizemos reuniões, apresentamos o projeto para vocês, trocamos ideias, opiniões, e pedimos a colaboração de todos, para que desta forma conseguíssemos colocar tudo em prática. E conseguimos!

Fizemos várias reuniões com as gestantes onde discutimos temas relacionados a gravidez, pré-natal, o parto e o puerpério, e os cuidados com o recém nascido. As gestantes participaram bastante e trocaram muitas experiências, todas se ajudaram e nos ensinaram muito também. Durante as reuniões tivemos a participação de alguns convidados como a nutricionista e o educador físico que falaram sobre hábitos de vida saudáveis e boas práticas alimentares, e sobre a importância da prática de atividade física.

Também realizamos uma reunião com os familiares das gestantes que eram portadores de diabetes e pressão alta, onde falamos sobre alimentação saudável, atividade física, importância de manter o tratamento e acompanhamento pela equipe de saúde e sobre o uso correto dos medicamentos. Nessa reunião fizemos a medida da glicose e da pressão, e verificamos os cartões de vacina. Para finalizar a atividade oferecemos um café da manhã com frutas.

Nesses 4 meses as gestantes consultaram com o médico e com a enfermeira do posto, todas marcaram os exames no posto e, mesmo as que fizeram os exames no laboratório, os resultados não demoraram para serem entregues.

Durante a realização da intervenção tivemos uma boa notícia, não só as gestantes do nosso posto, mas todas as gestantes do município passaram a poder fazer os exames pra ver se tem alguma doença no seu posto, até mesmo nos sítios, e isso vai evitar que a mãe passe alguma doença pro filho, pois vai poder saber antes da criança nascer e poder tratar para evitar. A realização destes exames nas Unidades de Saúde melhora muito a assistência à gestante. Neste período também conseguimos ofertar mais consultas com a dentista, o que é muito importante, pois a

saúde da boca da mamãe vai refletir na saúde da boca do bebê: quanto melhor uma, melhor a outra.

Infelizmente ainda existem casos em que o nosso hospital tem que encaminhar as gestantes para ter o bebê em Barreiras. Mas o município está aderindo à Rede Cegonha, que é um projeto em que o governo também busca melhorar a atenção ao pré-natal, inclusive com a compra de equipamentos e com reformas das casas de parto. Vamos lutar pra melhorar isso pra todo mundo.

Enfim, conseguimos fazer tudo o que estava planejado nesse tempo e o projeto não vai parar por aí, vamos melhorar a cada dia e vocês continuarão a nos ajudar. Pretendemos que essas ações sejam implantadas também nos outros grupos que temos na unidade, mas, para isso, também precisamos contar com vocês!

Quero agradecer a todos que colaboraram com a equipe para que esta intervenção se concretizasse, ao pessoal do posto, do NASF e do laboratório, à Secretária de Saúde e, principalmente, às gestantes e a toda a comunidade, pois sem vocês esse projeto não teria como ser colocado em prática e nem ter alcançado esses resultados tão positivos.

Obrigada a todos!

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Ao escolher o programa de pré-natal como a ação programática a ser trabalhada na unidade estava ciente de que muita coisa havia de ser implementada e que isso exigiria muito empenho e dedicação por parte da equipe e apoio por parte da gestão municipal e das gestantes. Eram muitas as expectativas, pois, precisávamos nos mobilizar quanto à abordagem das gestantes, abordagens estas que fizessem diferença e deixasse de ser apenas uma consulta de pré-natal.

No início, pensei em desistir, pois eram muitos registros a serem realizados, o que demandava muito tempo e dedicação. Demorei 20 dias até começar a colocar as atividades em prática, pois havia assumido a coordenação da atenção básica municipal e nunca me restava tempo suficiente pra realizar a implementação do projeto. Foi aí que, conversando com a nova enfermeira sobre o projeto que eu havia elaborado ela me disse: “Vamos que eu te ajudo!”. Então agendamos uma reunião com o restante da equipe e todos se dispuseram a ajudar. Todo o trabalho

foi desenvolvido com a ajuda dos membros da nova equipe, desde as consultas até as capacitações e reuniões com a comunidade e com as gestantes. À medida que o trabalho vinha sendo desenvolvido, percebíamos claramente os resultados obtidos, o que estimulou ainda mais a equipe a querer fazer e dar o melhor. O trabalho passou a ser cada vez mais reconhecido pela comunidade e os usuários passaram a participar do planejamento e da programação das atividades desenvolvidas na unidade e passaram a se sentir mais acolhidos pela equipe, fortalecendo, assim, o vínculo com os profissionais.

O trabalho desenvolvido durante o período de intervenção trouxe muitos benefícios e expectativas. Através do pré-natal conseguimos captar outros grupos de atendimento, como saúde da criança, saúde do idoso, Programa de Atenção aos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus e planejamento familiar, algo inovador. Dessa forma, a partir do momento em que a criança nasce, esta passaria a ser acompanhada pela puericultura da unidade, onde é avaliado seu crescimento e desenvolvimento, e a mulher inserida no planejamento familiar, que não era feito anteriormente.

A implementação do projeto serviu como um exercício para implementação de novas estratégias voltadas à melhoria da assistência ao usuário e ao fortalecimento do engajamento público. Foi muito construtivo todo o período dedicado ao curso de especialização, e o curso foi crucial para o meu crescimento enquanto profissional superando, e muito, minhas expectativas iniciais.

O curso proporcionou a melhoria da qualidade de atendimento no aspecto clínico e nos mostrou a importância da abordagem familiar e acompanhamento da família da gestante. Através da investigação familiar, tínhamos a ideia de qual seria a situação daquela nova criança que chegaria àquele lar. O acompanhamento das famílias nos permitia verificar situações de vulnerabilidade, situação das mulheres da família em relação ao PCCU, vacinas, se crianças e idosos estavam sendo acompanhados, se hipertensos e diabéticos estavam realizando suas consultas, integrando, assim, todos os membros da família. Além disso, fortalecemos a importância do saber ouvir e não ignorar nenhuma queixa referida pela mulher, por mais simples que fosse, estabelecendo um diálogo, esclarecendo dúvidas e direcionando-as se preciso.

Quando ingressei no Curso de Especialização de Saúde da Família, encarei como uma forma de aprimorar um pouco o que eu já sabia. No decorrer do curso fui

percebendo que apesar de atuar na área há 05 anos, havia muito a ser melhorado na assistência prestada por mim na unidade. A troca de experiências com os colegas foi de fundamental importância nesse processo. Os fóruns me permitiu esclarecer várias dúvidas, o que aumentou meu conhecimento e fez com que cada um refletisse sobre sua realidade. Os textos apresentados, as leituras e os estudos clínicos nos trouxeram temas inovadores e nos permitiram uma análise crítica.

Os diálogos com a orientadora foi de fundamental importância para o meu direcionamento durante todo o processo de ensino aprendido. Todas as dúvidas, receios e inseguranças foram sanadas no decorrer do curso, pois sempre pude contar com o apoio dos meus orientadores desde o início do curso.

O curso me trouxe grande enriquecimento, tanto pessoal, quanto profissional, e também na área clínica a partir das linhas de estudo (estudos de casos, estudos clínicos e fórum de dúvidas clínicas). Além de ter proporcionado maior direcionamento das ações na área assistencial e maior participação da comunidade no planejamento das ações voltadas à atenção à saúde a serem desenvolvidas pela equipe local, hoje me sinto mais preparada para enfrentar com mais segurança e embasamento diversas situações.

6 Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) para os profissionais do Programa Saúde da Família**. 2. ed. Brasília, 2004. 40p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2009. 82p

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada – manual técnico**. Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 27 de Outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de Baixo Risco**. Cadernos de Atenção Básica, nº 32, 318p, Brasília, 2012. Disponível em: pt.scribd.com/doc/.../CAB-32-Pre-Natal-Risco-Habitual. Acesso em: 29 de Outubro de 2012.

Enkin M.; Keirse M.J.N.C.; Neilson J.; Crowther C.; Duley L.; Hodnett E., et al. **Guia para Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto**. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.

IBGE, Censo Populacional 2010. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2010. Acesso em: 11 de dezembro de 2010.

Anexos

FICHA DE PRÉ-NATAL																																																					
<p>Nome: _____</p> <p>Nº Registro: _____</p> <p>Residência: _____</p> <p>Ocupação: _____</p> <p>Estado Civil: <input type="checkbox"/> com companheiro <input type="checkbox"/> sem companheiro</p> <p>Cor: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> não branca</p> <p>Data de nascimento: ____/____/____</p> <p>Data da 1ª consulta: ____/____/____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Data</th> <th style="width: 85%;">Atendimento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					Data	Atendimento																							<p style="text-align: center;">Antecedentes Gineco-obsétricos</p> <p>Gesta _____ Para _____ Abortos _____ Natimortos _____ Nº de filhos vivos _____</p> <p>Nas 3 últimas gestações:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Filhos</th> <th style="width: 20%;">1</th> <th style="width: 20%;">2</th> <th style="width: 20%;">3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Peso</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Tipo de Parto: Domiciliar/Hospitalar (vaginal, cesária, fórceps)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Duração da amamentação</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Motivo do Desmame</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Complicações: <input type="checkbox"/> toxemia <input type="checkbox"/> hipertensão <input type="checkbox"/> sangramento <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> infecção urinária <input type="checkbox"/> sífilis outros: _____</p>					Filhos	1	2	3	Peso				Tipo de Parto: Domiciliar/Hospitalar (vaginal, cesária, fórceps)				Duração da amamentação				Motivo do Desmame			
Data	Atendimento																																																				
Filhos	1	2	3																																																		
Peso																																																					
Tipo de Parto: Domiciliar/Hospitalar (vaginal, cesária, fórceps)																																																					
Duração da amamentação																																																					
Motivo do Desmame																																																					
					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Fatores de Risco</th> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 20%;">Pontuação Máxima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Idade:</td> <td><input type="checkbox"/> Primípara < 16 ou > 28 anos 1 <input type="checkbox"/> Multipara < 16 ou > 35 anos 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Paridade</td> <td><input type="checkbox"/> Primípara 1 <input type="checkbox"/> Grande multipara (>5 partos) 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Raça</td> <td><input type="checkbox"/> Negra ou mulata 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Patologias na gestação:</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial 2 <input type="checkbox"/> Gemelaridade 2 <input type="checkbox"/> Diabetes 2 <input type="checkbox"/> Aborto ou parto premat. habitual 2 <input type="checkbox"/> Natimorto ou neonorto 2 <input type="checkbox"/> Isoimunização Rh sensibilizada 2 <input type="checkbox"/> Apr. pélvica ou transversa 1 <input type="checkbox"/> Hidrânio 1 <input type="checkbox"/> Pielonefrite 1 <input type="checkbox"/> Prenhez prolongada com L.A. meconial 1 <input type="checkbox"/> Desnutrição 1 <input type="checkbox"/> Tabagismo (acima de 10 cigarros) 1 <input type="checkbox"/> Sífilis 1</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>No parto: <input type="checkbox"/> DPP 2 <input type="checkbox"/> Eclâmpsia 2 <input type="checkbox"/> Prolapso de cordão 1 <input type="checkbox"/> Trab. parto prolongado 1 <input type="checkbox"/> Infecção intraparto 1 <input type="checkbox"/> Mecônio ou DIP I ou II 1 <input type="checkbox"/> Placenta prévia 1 <input type="checkbox"/> Trab. parto prematuro 1</td> <td> </td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Intervalo interpartal <2 ou >9 anos</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Condições sócio-econômicas</td> <td><input type="checkbox"/> Renda < 2 salários mínimos 1 <input type="checkbox"/> Mãe Solteira 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table>					Fatores de Risco		Pontuação Máxima	Idade:	<input type="checkbox"/> Primípara < 16 ou > 28 anos 1 <input type="checkbox"/> Multipara < 16 ou > 35 anos 1	1	Paridade	<input type="checkbox"/> Primípara 1 <input type="checkbox"/> Grande multipara (>5 partos) 1	1	Raça	<input type="checkbox"/> Negra ou mulata 1	1	Patologias na gestação:	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial 2 <input type="checkbox"/> Gemelaridade 2 <input type="checkbox"/> Diabetes 2 <input type="checkbox"/> Aborto ou parto premat. habitual 2 <input type="checkbox"/> Natimorto ou neonorto 2 <input type="checkbox"/> Isoimunização Rh sensibilizada 2 <input type="checkbox"/> Apr. pélvica ou transversa 1 <input type="checkbox"/> Hidrânio 1 <input type="checkbox"/> Pielonefrite 1 <input type="checkbox"/> Prenhez prolongada com L.A. meconial 1 <input type="checkbox"/> Desnutrição 1 <input type="checkbox"/> Tabagismo (acima de 10 cigarros) 1 <input type="checkbox"/> Sífilis 1	5		No parto: <input type="checkbox"/> DPP 2 <input type="checkbox"/> Eclâmpsia 2 <input type="checkbox"/> Prolapso de cordão 1 <input type="checkbox"/> Trab. parto prolongado 1 <input type="checkbox"/> Infecção intraparto 1 <input type="checkbox"/> Mecônio ou DIP I ou II 1 <input type="checkbox"/> Placenta prévia 1 <input type="checkbox"/> Trab. parto prematuro 1			<input type="checkbox"/> Intervalo interpartal <2 ou >9 anos	1	Condições sócio-econômicas	<input type="checkbox"/> Renda < 2 salários mínimos 1 <input type="checkbox"/> Mãe Solteira 1	1																				
Fatores de Risco		Pontuação Máxima																																																			
Idade:	<input type="checkbox"/> Primípara < 16 ou > 28 anos 1 <input type="checkbox"/> Multipara < 16 ou > 35 anos 1	1																																																			
Paridade	<input type="checkbox"/> Primípara 1 <input type="checkbox"/> Grande multipara (>5 partos) 1	1																																																			
Raça	<input type="checkbox"/> Negra ou mulata 1	1																																																			
Patologias na gestação:	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial 2 <input type="checkbox"/> Gemelaridade 2 <input type="checkbox"/> Diabetes 2 <input type="checkbox"/> Aborto ou parto premat. habitual 2 <input type="checkbox"/> Natimorto ou neonorto 2 <input type="checkbox"/> Isoimunização Rh sensibilizada 2 <input type="checkbox"/> Apr. pélvica ou transversa 1 <input type="checkbox"/> Hidrânio 1 <input type="checkbox"/> Pielonefrite 1 <input type="checkbox"/> Prenhez prolongada com L.A. meconial 1 <input type="checkbox"/> Desnutrição 1 <input type="checkbox"/> Tabagismo (acima de 10 cigarros) 1 <input type="checkbox"/> Sífilis 1	5																																																			
	No parto: <input type="checkbox"/> DPP 2 <input type="checkbox"/> Eclâmpsia 2 <input type="checkbox"/> Prolapso de cordão 1 <input type="checkbox"/> Trab. parto prolongado 1 <input type="checkbox"/> Infecção intraparto 1 <input type="checkbox"/> Mecônio ou DIP I ou II 1 <input type="checkbox"/> Placenta prévia 1 <input type="checkbox"/> Trab. parto prematuro 1																																																				
	<input type="checkbox"/> Intervalo interpartal <2 ou >9 anos	1																																																			
Condições sócio-econômicas	<input type="checkbox"/> Renda < 2 salários mínimos 1 <input type="checkbox"/> Mãe Solteira 1	1																																																			
					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 10%;">Trimestre</th> <th colspan="3" style="width: 30%;">1º</th> <th colspan="3" style="width: 30%;">2º</th> <th colspan="3" style="width: 30%;">3º</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;">Alto (5 ou +)</th> <th style="width: 10%;">Médio (3 a 4)</th> <th style="width: 10%;">Baixo (< 3)</th> <th style="width: 10%;">Alto (5 ou +)</th> <th style="width: 10%;">Médio (3 a 4)</th> <th style="width: 10%;">Baixo (< 3)</th> <th style="width: 10%;">Alto (5 ou +)</th> <th style="width: 10%;">Médio (3 a 4)</th> <th style="width: 10%;">Baixo (< 3)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Classificação de risco</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>					Trimestre	1º			2º			3º			Alto (5 ou +)	Médio (3 a 4)	Baixo (< 3)	Alto (5 ou +)	Médio (3 a 4)	Baixo (< 3)	Alto (5 ou +)	Médio (3 a 4)	Baixo (< 3)	Classificação de risco																								
Trimestre	1º			2º			3º																																														
	Alto (5 ou +)	Médio (3 a 4)	Baixo (< 3)	Alto (5 ou +)	Médio (3 a 4)	Baixo (< 3)	Alto (5 ou +)	Médio (3 a 4)	Baixo (< 3)																																												
Classificação de risco																																																					

Anexo A: Ficha de Pré-natal

Anexo C: Folha de Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



Apêndice 2: Registro Fotográfico

Atividades com gestantes, puérperas e familiares em sala de espera:





Promoção da atividade física – combate ao sedentarismo



Saúde na Escola – Avaliação nutricional e situação vacinal dos alunos



Capacitação para o Teste do pezinho



Capacitação para o teste da mamãe



Palestra com hipertensos e diabéticos - familiares das gestantes

