

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção ao pré-natal e puerpério no CS/ESF Mãe Laurinda,  
Manicoré/AM**

**Marcel Sanchez Brito**

**Pelotas, 2015**

**Marcel Sanchez Brito**

**Melhoria da atenção ao pré-natal e puerpério no CS/ESF Mãe Laurinda,  
Manicoré/AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Luciana Valadão Alves Kebian

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

B862m Brito, Marcel Sánchez

Melhoria da Atenção ao Pré-Natal e Puerpério no Cs/ESF Mãe Laurinda, Manicoré/AM / Marcel Sánchez Brito; Luciana Valadão Alves Kebian, orientador(a); Ernande Valentin do Prado, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

120 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Saúde da Mulher 3.Pré-natal 4.Puerpério 5.Saúde Bucal I. Kebian, Luciana Valadão Alves, orient. II. Prado, Ernande Valentin do, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Aos meus pais, a minha esposa, ao povo de Cuba e  
a povo de Manicoré.

## **Agradecimentos**

Ao nosso criador, à minha esposa, à minha orientadora e aos outros orientadores do curso, aos membros pastores e membros da igreja de Manicoré, à minha ESF, enfim, agradeço a todos os que fizeram possível que o projeto triunfasse.

## Resumo

BRITO, Marcel Sanchez. **Melhoria da atenção ao pré-natal e puerpério no CS/ESF Mãe Laurinda, Manicoré/AM**. 2015. 120f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Esta intervenção foi realizada para melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério nas usuárias que pertencem à área de abrangência do Centro de Saúde Mãe Laurinda, localizado no município de Manicoré/Am. A implementação do projeto de intervenção foi realizada no período de março a junho de 2015. Para alcance das metas propostas, realizou-se ações que seguiram os quatro eixos pedagógicos propostos pelo curso: avaliação e monitoramento; engajamento público; organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica. Como resultado, ampliamos a cobertura de pré-natal e puerpério, atingindo 100% de cobertura. Além disso, todos os membros da equipe de saúde incrementaram os seus conhecimentos sobre pré-natal e puerpério; iniciou-se e fortaleceu-se a comunicação com as lideranças comunitárias; realizou-se atendimento clínico de qualidade às usuárias; foi incorporado o espaço da visita domiciliar para realizar a busca ativa das faltosas à consulta, e incrementou-se o número de atividades de promoção em saúde. A proporção de gestantes com ingresso no primeiro trimestre da gestação durante a intervenção foi baixa, atingindo no último mês 47,4% (n=18). Durante este período a equipe realizou várias palestras para incrementar o conhecimento das usuárias sobre a importância da realização da avaliação ginecológica em cada trimestre da gestação, mas, atingimos apenas 50% neste indicador. Não foi possível realizar a vacina antitetânica e contra a hepatite B em todas as gestantes, sendo que ao final da intervenção atingiu- 71.1% (n=27) de gestantes vacinas com antitetânica e 57,9% (n=22) vacinadas contra a hepatite B. Portanto, as atividades em saúde que realizou a equipe durante este período sobre este tema não foram suficientes. Em relação à primeira consulta odontológica programática, atingimos ao final da intervenção 23,7% (n=9) gestantes consultadas. Isto esteve relacionado com indisponibilidade de recursos materiais e escassez de aparelhos no serviço odontológico do Centro de Saúde. Em relação à proporção de puérperas que receberam exame ginecológico percebemos que nos três meses de intervenção a nossa equipe realizou todas as ações que foram previstas para este indicador, porém, finalizamos com 94,1% (n=16). Conclui-se que a intervenção proporcionou mudanças significativas na atenção ao pré-natal e puerpério, mas a equipe deverá continuar o sistema de trabalho que tem sido implementado, com o objetivo de melhorar os resultados alcançados em ambos os programas e de melhorar a qualidade de vida da população.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; saúde da mulher; pré-natal; puerpério.

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia: Mapa de localização do município de Manicoré/AM	13
Figura 2	Fotografia: Manicoré/AM; vista aérea parcial da cidade	14
Figura 3	Fotografia: Centro de Saúde Mãe Laurinda, Manicoré, AM	16
Figura 4	Fotografia: Reunião da equipe com as lideranças comunitárias e as gestantes da área de abrangência.	63
Figura 5	Fotografia: Atividades educativas com as gestantes da área de abrangência na sala de espera do Centro de Saúde	64
Figura 6	Fotografia: Atividade educativa com a comunidade realizada na igreja Assembleia de Deus	65
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal no Centro de Saúde Mãe Laurinda, Manicoré – AM	70
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de gestantes com ingresso no Primeiro Trimestre da gestação, Centro de Saúde Mãe Laurinda, Manicoré – AM	71
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de gestantes com pelo menos um exame ginecológico por trimestre, Centro de Saúde Mãe Laurinda, Manicoré – AM	73
Figura 10	Fotografia: Material utilizado na atividade educativa sobre técnicas corretas de amamentação e vantagens da sua realização para a família, a puérpera e o recém-nascido	74
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de gestantes com vacina antitetânica em dia, Centro de Saúde Mãe Laurinda, Manicoré – AM	76
Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de gestantes com vacina contra hepatite B em dia, Centro de Saúde Mãe Laurinda, Manicoré – AM	78
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de gestantes com primeira consulta odontológica programática, Centro de Saúde Mãe Laurinda, Manicoré – AM	80

Figura 14	Atividade educativa sobre nutrição adequada durante a gestação e o puerpério	83
Figura 15	Fotografia visita domiciliar realizada a uma puérpera de 7 dias de evolução. Orientação sobre as técnicas corretas de amamentação e sobre a importância do aleitamento materno	85
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de puérperas que receberam exame ginecológico, Centro de Saúde Mãe Laurinda, Manicoré – AM	91
Figura 17	Fotografia: Atividade educativa sobre técnicas corretas de amamentação e vantagens da sua realização para a família, a puérpera e o recém-nascido.	106
Figura 18	Fotografia: Trabalho organizativo da ESF na sala de recepção onde são armazenados todos os prontuários.	107
Figura 19	Fotografia: Visita domiciliar à puérpera realizada pelos ACS, dentista, técnico do consultório dentário, alunos do curso técnico de auxiliar odontológico, enfermeira e médico da equipe.	108

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome de imunodeficiência adquirida
AM	Amazonas
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CS	Centro de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DVD	Digital Versatile Disc
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PHPN	Programa de Humanização no pré-natal e nascimento
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no pré-natal e nascimento
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEA	Universidade do Estado de Amazonas
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

## Sumário

1	Análise Situacional .....	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	10
1.2	Relatório da Análise Situacional .....	13
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	25
2	Análise Estratégica .....	26
2.1	Justificativa.....	26
2.2	Objetivos e metas.....	29
2.2.1	Objetivo geral .....	29
2.2.2	Objetivos específicos e metas .....	29
2.3	Metodologia.....	32
2.3.1	Detalhamento das ações.....	32
2.3.2	Indicadores.....	46
2.3.3	Logística.....	54
2.3.4	Cronograma .....	59
3	Relatório da Intervenção .....	60
3.1	Ações previstas e desenvolvidas.....	60
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas.....	66
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	66
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	67
4	Avaliação da intervenção .....	69
4.1	Resultados .....	69
4.2	Discussão .....	96
5	Relatório da intervenção para gestores.....	101
6	Relatório da Intervenção para a comunidade.....	105
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	110
	Referências.....	112
	Anexos .....	115

## **Apresentação**

O presente trabalho teve como objetivo principal melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério no Centro de Saúde (CS) Mãe Laurinda, Manicoré/AM. O volume está organizado em sete capítulos, que correspondem às quatro unidades propostas no curso de Especialização em Saúde da Família, vinculado à Universidade Federal de Pelotas (UFPel). No primeiro capítulo apresenta-se o Relatório da Análise Situacional, que aborda as características geográficas, demográficas e socioeconômicas do município, as características do sistema de saúde do município e do CS. No segundo capítulo, expõe-se a Análise Estratégica, na qual são descritos os objetivos, que estão em complemento aos princípios do SUS. Já o terceiro capítulo refere-se ao Relatório da Intervenção, que aborda e analisa as ações previstas que foram realizadas e as previstas que não foram desenvolvidas; as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores; a incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que estão funcionando adequadamente ou que serão melhorados. No quarto capítulo explana-se sobre os Resultados da intervenção e a Discussão. Em seguida, são apresentados os capítulos de Relatório da intervenção para a Comunidade e para o Gestor. Finalizando o volume, realiza-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem decorrente da experiência adquirida no curso.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Trabalho no CS Mãe Laurinda, nome em homenagem a uma parteira que ajudou muito ao município. Para o atendimento em saúde o município foi dividido em setores, cada equipe de cada estabelecimento de saúde recebe o número do setor que atende. Este CS possui duas equipes, que atendem as áreas que numeraram como: 3 ou 4, a minha equipe atende a área 3. Ambas as equipes são compostas por: uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem, uma dentista e um técnico de saúde bucal. A área 3 conta com 8 agentes comunitários de saúde (ACS) e a área 4 com 7, além disso, no CS temos uma microscopista que realiza os testes da malária, um técnico de enfermagem que realiza os testes das doenças sexualmente transmissíveis (DST), duas técnicas de enfermagem que trabalham na sala de vacinas, seis funcionários que trabalham na recepção/acolhimento, um funcionário que trabalha na farmácia, três funcionários de serviços gerais e um vigilante.

Este CS é responsável pelo atendimento da população de duas áreas que abrangem uma população de 4.500 habitantes distribuída nas trinta e uma ruas do setor, das quais dezoito ruas pertencem à área 3, com uma população de 2.300 habitantes, e treze ruas pertencem à área 4, com uma população de 2.200 habitantes.

Os procedimentos desenvolvidos são: teste do Pezinho, teste de Malária, teste de Dengue, atendimento com nutricionista e assistente social, acompanhamento de usuários com diagnóstico de Hanseníase e Tuberculose, são acompanhados os

programas de crescimento e desenvolvimento, planejamento familiar, imunizações, controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo do útero e da mama, atendimento ao idoso, ao hipertenso, ao diabético, ao pré-natal e ao puerpério.

Os atendimentos mais frequentes à saúde da população das áreas são de atendimento a usuários com infecções respiratórias agudas, tanto das vias aéreas superiores, como das inferiores; com parasitismo intestinal, com doenças endêmicas: malária, dengue, leishmanioses, entre outras; atendimento ao programa de pré-natal e de puerpério, a usuários hipertensos, diabéticos, idosos, acamados, deficientes mentais, entre outros.

Os serviços prestados são desde segunda até sexta-feira nos turnos da manhã e tarde, a média de atendimentos são de quarenta usuários por dia, sendo vinte pela manhã e outros vinte à tarde. Desses vinte usuários, dezesseis são agendados e quatro são urgências, mas às vezes acaba se tornando vinte urgências, devido à má distribuição do trabalho por parte dos ACS e também por causa do descumprimento pelo usuário, do calendário de agendamento das consultas.

As avaliações médicas ou de enfermagem sempre são descritas nos prontuários dos usuários para garantir o atendimento com qualidade. Os usuários não podem ser avaliados sem passar primeiro pela sala de recepção/acolhimento, nem sem o prontuário.

A dificuldade que eu tenho tido desde que eu comecei a trabalhar no Programa Mais Médico foi a barreira linguística, mesmo assim tenho conseguido satisfazer as necessidades dos usuários com o trabalho realizado, e a demanda deles tem sido maior a cada dia.

Tenho exposto ao nosso administrador que o tempo para se atender cada usuário deve ser maior, do que o tempo que estou utilizando atualmente, porque, com essa quantidade de usuários na maioria das vezes tenho que apressar a sua avaliação, perdendo assim a chance de obter mais informações que possam garantir uma melhor qualidade do atendimento médico.

Algumas vezes o direito de alguns usuários serem atendidos com prioridade não é respeitado pelo pessoal do CS, nem por parte dos próprios usuários que estão na fila de atendimento, pois não compreendem que o usuário que apresenta maior gravidade tem prioridade e não pode ser atendido pela ordem da chegada, ou seja, atendimento prioritário no caso de usuários com alguma urgência como: febre, diarreia, infecção respiratória aguda ou vômitos, ou quando o usuário é um idoso, uma

grávida ou com impedimento físico. Portanto, foi preciso fazer uma reunião com todo o pessoal do CS e com os usuários e explicar a importância do atendimento prioritário segundo os critérios do atendimento à urgência e aos usuários com condições especiais ou agravantes.

A infraestrutura do CS é boa, foi reformada há três meses e está constituída por: sala de recepção, farmácia, duas salas de consultas para os médicos, dois consultórios de enfermagem, uma sala de curativos, uma sala para teste rápido de doenças sexuais transmissíveis, uma sala para teste rápido da malária e da dengue, uma copa/cozinha, três banheiros, dos quais dois para os usuários, de ambos os sexos, e um só para os funcionários de ambos os sexos.

No CS não existe conselho de Saúde, porém há Conselho de Saúde no Município. O pessoal do CS não conhece quais são os representantes do referido Conselho, nem qual a frequência das reuniões que são realizadas, no entanto, foi proposto fazer reuniões periódicas com o pessoal do CS e da comunidade para explicar aos mesmos, a função do conselho de saúde do Município e as soluções que o mesmo está dando aos problemas da comunidade. Além disso, foi proposta a criação de um Conselho de Saúde no CS.

As visitas nos domicílios não eram planejadas em conjunto com o médico, ou seja, as mesmas eram agendadas a gosto do usuário e do ACS. Às vezes eu visitava os mesmos usuários por motivos diferentes, e aqueles outros acamados, idosos de alto risco e grávidas, não recebiam a frequência de visitas estabelecidas. Após uma reunião com a equipe de saúde do CS inclusive com a presença do médico, expondo a situação acima descrita, ficou decidido que o planejamento para realizar as visitas domiciliares deve atender por ordem de prioridade.

As palestras oferecidas para as grávidas não são suficientes, o nível de desinformação quanto à gravidez é alto. Muitas não conhecem seus riscos, e não tem recebido informação sobre o padrão alimentar durante a gravidez ou a conduta nas situações de alerta como: dor no abdômen baixo, síndrome de fluxo vaginal, pressão alta. Às vezes as grávidas têm pouco conhecimento sobre aleitamento materno e coisas básicas do atendimento puerperal.

Portanto, foi necessário oferecer palestras com esses e outros temas de interesses das grávidas, adotando o sistema de palestras usado no meu país sobre: Conselhos para as grávidas e seus esposos, na etapa pré-natal e após o nascimento do recém-nascido, com temas importantes para aumentar o nível de conhecimento da

futura mãe e o futuro pai sobre a gravidez e o desenvolvimento normal das crianças nas primeiras etapas da vida.

A necessidade de um acompanhamento contínuo do administrador, das equipes do CS e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é imprescindível para o bom desenvolvimento das novas atividades.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Manicoré é um município do Estado do Amazonas, tem uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) no ano 2014 de 52.200 habitantes, e uma área de extensão territorial de 48.282.537 km quadrado. Encontra-se localizado na mesorregião do Sul Amazonense e a microrregião do Madeira, na beira do Rio Madeira.

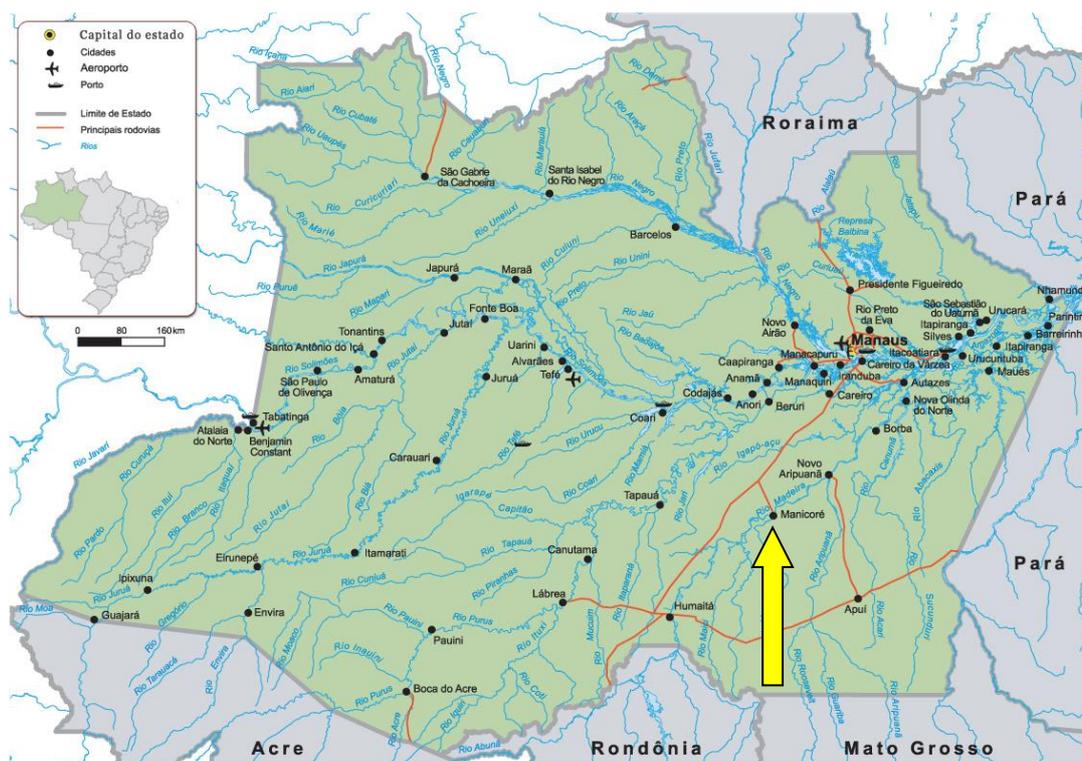


Figura 1- Fotografia: Mapa de localização do município de Manicoré/AM.

Fonte: <http://www.guiageo.com/amazonas.htm>

É uma cidade pouco desenvolvida. As atividades econômicas fundamentais são a agricultura e a pesca. As vias de acesso são a fluvial e a aérea, porém, predomina a via fluvial. Atualmente o município não tem comunicação terrestre nem com outras regiões do Brasil, nem com as comunidades que compõem o município, sendo considerada uma cidade de difícil acesso, ou isolada na época da enchente do rio. Carece de rede de esgoto, assim como de planta de tratamento para a água potável.



Figura 2- Fotografia: Manicoré/AM, vista aérea parcial da cidade.

Fonte: <http://www.mochileiro.tur.br/manicore.htm>

A estrutura de saúde no município conta com cinco UBS e um Centro de Saúde, destes estabelecimentos de saúde 4 são urbanos e 2 são rurais, todos com estrutura de Estratégia Saúde da Família (ESF) e não temos UBS tradicionais. Dos 4 estabelecimentos urbanos de saúde, três realizam o atendimento em dois turnos, ou seja, pela manhã e tarde, e o outro restante que é a policlínica, realiza o atendimento em três turnos, ou seja, manhã, tarde e noite. Estes estabelecimentos recebem apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Não existe Centro de Especialidades Odontológicas, porém, está em projeto a sua construção. Além disso, existe um

Centro de Atenção ao Paciente Psiquiátrico, uma clínica de fisioterapia, um hospital municipal e a Fundação de Vigilância em Saúde. O hospital municipal oferece vários serviços de atendimentos de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tais como consultas com especialidades, atendimento às urgências, atendimento de obstetrícia, cirurgias, mamografias, radiográficos, laboratoriais e eletrocardiograma com laudo. Em relação ao atendimento especializado os usuários têm que ser encaminhados para o particular ou para Manaus.

Este CS é do tipo ESF, urbano e que fica aproximadamente a dois quilômetros do centro da cidade, foi construído para ser uma UBS e há três meses a sua estrutura foi reformada. Para o atendimento em saúde o município foi dividido em setores, cada equipe de cada estabelecimento de saúde recebe o número do setor que atende. Este CS possui duas equipes, que atendem as áreas que numeraram como: 3 ou 4, a minha equipe atende a área 3. Ambas as equipes são compostas por: uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem, uma dentista e um técnico de saúde bucal. A minha equipe está formada por oito ACS e a área 4 com sete. No CS temos uma microscopista que realiza os testes da malária, um técnico de enfermagem que realiza os testes das DST, duas técnicas de enfermagem que trabalham na sala de vacinas, seis funcionários que trabalham na recepção/acolhimento, um funcionário que trabalha na farmácia, três funcionários de serviços gerais e um vigilante. O CS está vinculado ao SUS através da prefeitura e possui vínculo com instituições de ensino, exemplo: Universidade do Estado de Amazonas (UEA). As áreas de ensino superior que utilizam o CS como campo de estágio são: enfermagem, medicina e odontologia, mas, embora haja no nosso Município serviços de fisioterapia, nutrição, serviço social, psicologia, psiquiatria e farmácia, penso que não são aproveitados todos os recursos profissionais para melhorar o nível de conhecimento dos estagiários.



Figura 3 - Fotografia: Centro de Saúde Mãe Laurinda, Manicoré, AM.

A estrutura do CS é boa, está constituída por: uma sala de recepção/acolhimento, pequena, mas, organizada, com boa iluminação e ventilação; uma sala de farmácia, organizada e com boa ventilação, mas, não conta com geladeira para estocar os medicamentos que precisam de baixas temperaturas; aliais, existem dois consultórios médicos, com boas condições, mas, não tem mesa ginecológica, o que cria insatisfação nos usuários, porque, às vezes o profissional médico tem que ir até o consultório da enfermeira para usar a única mesa ginecológica do CS. Há dois consultórios de enfermagem, uma sala de vacina e uma de pré-consulta, todas com boas condições. Há também um consultório odontológico, que atualmente está parado, porque, os seus equipamentos odontológicos estão quebrados. Há uma sala que é usada para realizar curativos, medicação e inalação. A sala de espera é pequena em relação à demanda de atendimentos. Tanto a sala de teste rápido de DST quanto a de teste rápido da malária e da dengue são pequenas, porém, tem bom equipamento. Há também uma copa/cozinha e três banheiros. Dentro da sua estrutura, avalio a partir do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2008) que ainda falta: sala de almoxarifado, de curativo/procedimentos e de inalação independente, de recepção, lavagem e descontaminação de material, para os ACS, assim como sanitários nos consultórios e que permitam manobras de aproximação de usuários de cadeiras de rodas. Faltam os

sanitários para os funcionários de ambos os sexos; pisos de superfície regular firme, estável e antiderrapante, mosquiteiros nas janelas, lavatórios e/ou pias com torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos, armários de acabamentos arredondados, sinalização dos ambientes que permita a comunicação em braile e através de recursos auditivos, consultórios ginecológicos e com sanitário privativo anexo, sala de vacina situada no CS de forma que evite o trânsito dos usuários nas demais dependências, coleta de forma separada, orgânico e reciclável do lixo não contaminado, sistema e sala de revisão da calibragem das balanças e dos esfigmomanômetros. Para algumas das falhas já assinaladas, existe solução, porém, para a grande maioria delas não, porque, é necessário modificar a estrutura física do CS arquitetonicamente falando, e a respeito disso não houve resposta dos gestores em saúde.

Em relação às atribuições da equipe, temos como parte do processo de atendimento a realização de vários procedimentos, tais como: verificação da pressão arterial e da temperatura, determinação do peso e altura e verificação da glicose capilar. Trabalha-se com oferta de diferentes serviços: o acolhimento, acompanhamento ao pré-natal, atendimento odontológico, curativos, dispensação de medicamentos básicos, preservativos e contraceptivos, atendimento de enfermagem, realização do preventivo para pesquisar câncer de colo do útero, imunização, consulta médica, nebulização, consulta de planejamento familiar, teste da dengue, teste rápido de malária, serviço social, consulta de fonoaudiologia, consulta de nutrição, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, diagnóstico e acompanhamento dos usuários com leishmaniose, hanseníase, Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) e tuberculose, diagnóstico e controle das DST e o teste do pezinho. No CS não existe conselho local de saúde, porém há Conselho Municipal de Saúde na cidade. Os trabalhadores do CS não conhecem quais são os representantes do referido conselho, nem qual a frequência das reuniões que são realizadas, no entanto, foi proposto fazer reuniões periódicas com os funcionários do CS e da comunidade para explicar aspectos do conselho municipal de saúde. Além disso, foi proposta a criação de um Conselho de Saúde no CS. Após uma reunião com a equipe de saúde do CS, ficou decidido que o planejamento para realizar as visitas domiciliares deve atender por ordem de prioridade e deve ser realizado ao final de cada mês com todos os membros da equipe.

Em relação à população da área adstrita, o CS é responsável pelo atendimento de duas áreas que abrangem uma população de 4.500 habitantes distribuída nas trinta e uma ruas do setor, das quais dezoito ruas pertencem à área 3, com uma população de 2.300 habitantes, e treze ruas pertencem à área 4, com uma população de 2.200 habitantes. Na distribuição demográfica da área de abrangência do CS predomina o sexo feminino com 2.342 (52.04%) habitantes e o grupo etário de 20 a 24 anos com 217 (4.82%) homens e 269 (5.98%) mulheres. O cadastro populacional da área de abrangência é superficial, porque, as informações que supostamente foram obtidas com os moradores da comunidade não mostram a situação de saúde nessa área. Apesar disso, considero que o número e o tamanho das equipes no meu CS são adequados ao tamanho da população da minha área de abrangência, mas, ainda existem sérias dificuldades na organização do trabalho.

Quanto à atenção à demanda espontânea, pode-se inferir que os atendimentos mais frequentes são com gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos, acamados, portadores de transtornos mentais e enfermidades infectocontagiosas. As avaliações médicas ou de enfermagem sempre são descritas nos prontuários dos usuários. O acolhimento é realizado todos os dias, pelas duas equipes de saúde, em ambos os turnos, aproveitando todos os espaços para realizá-lo, porém, às vezes se tenta fazer de maneira correta, mas, nem sempre tem sucesso. Em média os usuários têm as suas necessidades acolhidas em cinco minutos, mas, acho que quando o acolhimento é apressado não é realizado com qualidade. A equipe de saúde conhece a classificação do risco biológico e de vulnerabilidade social para o encaminhamento da demanda do usuário, mas, às vezes, não são utilizadas corretamente. Às vezes, o CS atende mesmo tendo excedida a sua capacidade, mas, outras vezes é necessário agendar o excesso para outro dia, ou encaminhar os usuários para outro serviço de saúde. A maior dificuldade é o tempo para se atender cada usuário, pois deve ser maior do que o tempo que estou utilizando atualmente, porque, a demanda de usuários é grande e assim, na maioria das vezes tenho que apressar a sua avaliação, perdendo a chance de obter mais informações que possam garantir uma melhor qualidade do atendimento médico. Para eliminar estas dificuldades devem ser realizadas as seguintes ações: planejar, organizar e coordenar o trabalho da equipe; os ACS deverão discutir antecipadamente com os outros profissionais da saúde os agendamentos a serem realizados; incrementar o número de ações de promoção e prevenção em saúde, para diminuir o número de urgências por atendimento, assim

como garantir o número e frequência de atendimentos para cada um dos usuários segundo os protocolos da classificação do estado de saúde; e disponibilizar no CS os protocolos de atendimento para cada um dos problemas priorizados.

No CS o atendimento de saúde da criança é realizado tanto para as crianças que são da nossa área de cobertura quanto para as que são de fora, é semanal, no turno da manhã e da tarde, e é realizado nos grupos etários de crianças menores de doze meses até os dois anos. O CS Mãe Laurinda atualmente atende com 159 crianças, destas 15 residem fora de área. Segundo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP), deveriam existir 95 crianças menores de um ano residentes na área, porém, temos 75, o que corresponde a 79%. Existem 20 crianças (27%) com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 70 crianças (93%) com o teste do pezinho em até sete dias, 70 crianças (93%) com a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, nenhuma criança com triagem auditiva, 75 (100%) com monitoramento do crescimento na última consulta, 75 (100%) com as vacinas em dia, 10 (13%) com avaliação da saúde bucal, 75 (100%) com orientação para aleitamento materno exclusivo e 40 (53%) com orientação para a prevenção de acidentes. No atendimento de puericultura participam a enfermeira, o médico, a dentista, o técnico do consultório dentário e a nutricionista, porém, às vezes não existe diálogo entre os profissionais, por que, não se realizam reuniões para discutir os casos das crianças com problemas da saúde preocupantes. Existe excesso de demanda de crianças de até 72 meses de idade para atendimento de problemas de saúde agudos, tanto da população da área de abrangência quanto de outras áreas. Para lidar com este excesso a equipe atende mesmo tendo excedido a sua capacidade. As consultas de puericultura a maioria das vezes não são realizadas com boa qualidade, por causa da longa fila de usuários e dos atendimentos apressados. As ações de atenção à saúde da criança não estão estruturadas de forma programática. No CS não existe um protocolo para atendimento de puericultura; apesar dos profissionais de saúde do CS conhecerem a existência do protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS), eles têm pouco domínio dos elementos padronizados. Não existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos e planejamento e monitoramento das ações em saúde. Como parte deste atendimento são realizados: o teste do pezinho nas crianças a partir do sexto dia de nascidos, determinação do peso, altura e temperatura, exame físico e diagnóstico de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, saúde mental, imunizações, entre outros. A maioria das vezes não

existe adesão da população às ações de saúde propostas pelos profissionais de saúde da equipe. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, na ficha de atendimento nutricional, ficha de atendimento odontológico e na ficha-espelho de vacinas. No CS Mãe Laurinda existe o Programa Bolsa Família do MS. Os responsáveis pelo cadastramento das crianças no programa Bolsa Família são os ACS e o responsável pelo envio dos cadastros à SMS é a nutricionista. Para melhorar o atendimento à puericultura a equipe deve cadastrar 100% das crianças da minha área, monitorar mensalmente o desenvolvimento do programa, recuperar as consultas atrasadas, incrementar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, discutir nas reuniões da equipe as crianças classificadas de alto risco, e buscar a adesão das crianças deste grupo às orientações em saúde oferecidas neste programa.

O atendimento ao pré-natal é realizado em dois dias da semana, nos dois turnos de atendimento, pelo médico, enfermeira e odontólogo, e permite o atendimento das gestantes da nossa área e de outras que moram fora da área de cobertura. O índice de mortalidade infantil e materna no município é elevado, e constituem o maior problema de saúde. Segundo o CAP, deveriam existir 67.5 gestantes residentes na área, porém existem 64 para um 95%. Foi possível preencher o CAP com os dados de: 25 com pré-natal iniciado no primeiro trimestre para 39%, 45 consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde para 70%, 64 com exames de laboratório da primeira consulta solicitados para 100%, 46 com vacina antitetânica para 72%, 46 com vacina hepatite B para 72%, 64 com prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo para 100%, 64 com orientação para aleitamento exclusivo para 100%, 52 com exame ginecológico por trimestre para 81%, 59 com avaliação da saúde bucal para 92%. Além disso, segundo a estimativa do CAP deveriam existir 95 puérperas, porém, existem 75 mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses para 79%. Foi possível preencher o CAP com os dados de: 40 consultaram antes dos 42 dias de pós-parto para 53%, 40 tiveram a sua consulta puerperal registrada 53%, 75 (100%) receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo e sobre planejamento familiar, 40 tiveram as mamas e o abdômen examinados para 53%, 40 realizaram exame ginecológico para 53%, 40 tiveram seu estado psíquico avaliado para 53% e 5 foram avaliadas quanto a intercorrências para 7%. Algumas das ações desenvolvidas no cuidado das grávidas são: diagnóstico e tratamento de problemas

clínicos em geral, saúde bucal, problemas de saúde mental, controle dos cânceres do colo do útero e da mama, imunizações, promoção do aleitamento materno e planejamento familiar. São insuficientes as orientações oferecidas sobre alimentação saudável, o significado sobre o posicionamento do peso na curva de ganho de peso, sobre a importância da vacinação e cumprimento do cronograma de vacinas. A captação das gestantes na maioria das vezes é tardia, portanto, o acompanhamento no pré-natal não é de qualidade. No CS não existe protocolo de atendimento para o atendimento ao pré-natal. Existe demanda das gestantes para atendimento de problemas de saúde agudos, mas, não em excesso. A porcentagem de adesão da população às ações propostas em saúde é baixa. Nas Ações Programáticas percebemos que a cobertura de pré-natal e do atendimento de puerpério é inadequada, e que não respeita os parâmetros estabelecidos pelas normas do MS. Existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes, que é revisado periodicamente, com uma frequência semanal, com o objetivo de verificar as gestantes faltosas, identificar gestantes com risco pré-natal, entre outros, mas, o trabalho continua com resultados insatisfatórios, porque, não realizam ações em saúde suficientes para resolver os problemas identificados. Não existe uma reunião de intercambio para analisar com a enfermeira os resultados depois da revisão do arquivo. O prontuário e o cartão do pré-natal são sempre preenchidos, porém, às vezes é incompleto. Portanto, o atendimento ao pré-natal não é de qualidade. As ações que devem ser realizadas para melhorar a qualidade do atendimento são: cadastrar e acompanhar 100% das gestantes da área de abrangência, iniciar o trabalho com as mulheres do grupo de risco pré-concepcional, incrementar as ações de planejamento familiar, iniciar o tratamento com ácido fólico no grupo de mulheres que desejam engravidar, incrementar a pesquisa de gestantes na área de abrangência para evitar o início de pré-natal depois do primeiro trimestre, aumentar as atividades educativas durante o pré-natal e puerpério e buscar a adesão das mulheres deste grupo às orientações em saúde oferecidas neste programa. A prevenção do câncer do colo uterino no meu CS é realizada pelas enfermeiras pela coleta de exame citopatológico, em quatro dias da semana, nos dois turnos, para as mulheres que são da nossa área de abrangência e para as que não o são. Estes atendimentos são registrados no livro de registro e no prontuário clínico, mas, não são revisados periodicamente. O pessoal das equipes sempre aproveita o contato com as usuárias para verificar a necessidade de realizar este exame no CS e para orientar o uso de

preservativo. É utilizado o rastreamento oportunístico. Sempre são investigados fatores de risco, porém, as equipes não desenvolvem ações para modifica-los. Estão em acompanhamento neste programa 1.165 mulheres, onde 250 (21.46%) são fora de área de cobertura e 915 são da nossa área para 78.54%. O protocolo usado neste programa no CS é o manual do controle dos cânceres do colo de útero e de mama elaborado pelo MS (BRASIL, 2013). O educador Físico, enfermeira, médico da família, nutricionista, dentista, psicóloga, técnico de enfermagem e o técnico de consultório dentário se dedicam à execução, planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento deste programa, porém, não produzem relatórios com os resultados encontrados. Existe pouca adesão destas mulheres às ações de saúde, aliais, ainda existem muitas usuárias faltosas às consultas, e muito atraso na coleta do exame. Existem somente quatro mulheres com este exame alterado, que foram acompanhadas de acordo com o protocolo. O exame clínico da mama é realizado por demanda espontânea, todos os dias, e nos dois turnos, porém, o rastreamento do câncer de mama é feito em dias alternados pelos médicos e as enfermeiras, e para realizar a ultrassonografia ou a mamografia é preciso agendar. Não existe arquivo específico para o registro dos resultados da mamografia, porém, os atendimentos das mulheres que a realizam são registrados no livro de registro e no prontuário clínico. No CS o gerente, o enfermeiro e o médico se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações deste programa, porém, não realizam, nem produzem relatórios com os resultados encontrados, e as reuniões são realizadas sem periodicidade definida. Existe pouca adesão das mulheres deste grupo às ações em saúde realizadas e percebe-se que são insuficientes. Segundo a estimativa do Caderno das ações programáticas, deveriam existir 220 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área acompanhadas no CS para prevenção de câncer da mama, porém, existem 206 que representam 94% do total de mulheres nesta faixa etária. Foi possível identificar que 60 (29%) usuárias estão com mamografia em dia. Para melhorar o atendimento neste programa e incrementar a adesão destas mulheres às ações de saúde devemos: realizar o exame citopatológico e o exame das mamas em 100% das mulheres do grupo de risco, elaborar relatórios com os resultados encontrados, aumentar a qualidade e quantidade de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e melhorar o trabalho de planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações em saúde.

Os atendimentos de adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) são realizados sem protocolo, todos os dias da semana, em todos os turnos, tanto para os usuários do nosso CS quanto para os que são fora da nossa área, e são registrados no prontuário clínico, na ficha de atendimento odontológico e na ficha de atendimento nutricional. Além disso, existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos, porém, não é revisado periodicamente, portanto, existem deficiências no planejamento, coordenação e monitoramento das ações. Segundo o Caderno das Ações Programáticas deveríamos ter 976 hipertensos cadastrados da nossa área, porém, temos 425 (53%), e de outras áreas atendemos a 30 usuários. E os diabéticos da área de abrangência existem 208 (95%) da nossa área de cobertura e 10 (5%) fora de área. Do atendimento destes usuários participam o educador físico, enfermeira, médico de família, nutricionista, dentista, psicóloga, técnico de enfermagem e do consultório dentário, porém, este não utiliza os enfoques de promoção e prevenção. As consultas de acompanhamento são feitas pelo médico e pela enfermeira há cada 6 meses. Existe excesso de demanda destes usuários para atendimento de problemas de saúde agudos, tanto da população da área de abrangência quanto de outras áreas. Para lidar com isto a equipe atende mesmo excedendo a sua capacidade de atendimento, agenda para outro dia ou encaminha para outro serviço de saúde. Existe pouca adesão destes usuários às ações de saúde indicadas pelos profissionais. Dentro destas ações estão: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal, de saúde mental, da obesidade, do sedentarismo, orientação de hábitos alimentares saudáveis e para o controle do peso corporal. Não são realizados o diagnóstico e tratamento do alcoolismo, nem do tabagismo. Nas consultas, dos casos novos é realizado o interrogatório para determinar antecedentes pessoais e familiares e exame físico completo. Também é indicado o tratamento levando em conta a classificação da hipertensão e a estratificação do risco cardiovascular, todos estes usuários são encaminhados à nutricionista para orientação de hábitos nutricionais saudáveis e para elaborar o seu futuro cardápio. Dependendo dos achados nos exames e as complicações detectadas os usuários são encaminhados para as outras especialidades. Um dos problemas é a falta de recursos para tratar adequadamente as urgências, como medicações e insulina regular. Para melhorar a qualidade do atendimento destes usuários devemos cadastrar 100% deles no programa, incrementar as ações de promoção e de prevenção em saúde, realizar a avaliação do

risco para doenças cardiovasculares a 100% destes usuários, incrementar as pesquisas na população com critérios de risco para estas doenças, buscar a adesão destes usuários ao tratamento e recomendações em relação a sua doença, realizar reuniões mensais para discutir, coordenar, planejar e avaliar os resultados dos arquivos dos programas e incentivar a prática de exercícios físicos e hábitos nutricionais saudáveis em toda a população.

O CS realiza atendimento de idosos tanto da nossa da área de cobertura quanto de fora, nos dois turnos e todos os dias que esta funciona. Segundo o Caderno das ações Programáticas deveríamos ter 272 idosos com 60 anos ou mais residentes na área, porém, existem 257 cadastrados (94%) e 25 (9.72%) que não pertencem a nossa área de abrangência. Do atendimento de idosos participam o assistente Social, educador Físico, enfermeiro, médico Clínico Geral ou de Família, nutricionista, dentista, psicóloga, técnico de enfermagem e o técnico de consultório dentário. Não existe protocolo de atendimento para idosos no CS. As ações desenvolvidas no cuidado aos idosos são: imunizações, promoção da atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, da saúde bucal e da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal, de saúde mental, da obesidade e do sedentarismo. Não existe arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos que possa nos permitir verificar idosos faltosos ao retorno programado, a completude de registros, identificar procedimentos em atraso, identificar idosos de risco e avaliar a qualidade do atendimento. No CS existe caderneta de saúde da pessoa idosa, que é solicitada nos atendimentos. Os responsáveis pelo preenchimento da mesma são o enfermeiro e o médico. A frequência das atividades realizadas com os idosos é baixa, em média por ano são realizadas somente duas ou três atividades. É realizado cuidado domiciliar, por todos os profissionais envolvidos. Não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos. Para melhorar a qualidade do atendimento neste programa deveríamos cadastrar 100% dos idosos da área, incrementar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em relação com acidentes no idoso, selecionar um membro da equipe que se dedique ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos, realizar reuniões mensalmente para discutir os resultados do programa e estratégias para solucionar os problemas detectados, realizar a

classificação de risco para cada idoso e cumprir as frequências de consultas para este grupo.

Os grandes desafios do CS são diminuir os elevados índices da mortalidade materna e infantil; conseguir apoio da SMS e das organizações políticas municipais; trabalhar as dificuldades no acolhimento ocasionadas por falta de informação aos usuários e por não respeitar a ordem de prioridade, e na recepção por desorganização dos prontuários médicos. Ainda, não são realizadas reuniões da equipe ou troca de conhecimentos, critérios e ideias, entre os seus profissionais de saúde; e existia falta de ética e de sensibilidade no trato aos usuários. Porém, os profissionais do CS têm condições para trabalhar e melhorar os indicadores de saúde, somente precisa de coordenação, planejamento e monitoramento sistemático.

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

Após comparar o relatório de análise situacional com o texto inicial percebi que: não conhecia profundamente as ações programáticas do CS, a minha escrita e a minha fala melhoraram, a equipe não usa devidamente os enfoques de promoção da saúde e prevenção de doenças e que não aplica por desconhecimento dos protocolos estabelecidos pelo MS nos atendimentos aos usuários.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O MS do Brasil instituiu a Rede Cegonha, conhecida como um conjunto de medidas que aporta um enfoque mais humano ao processo de atendimento à gravidez, ao parto e ao nascimento, o que permite: fortalecer e melhorar o acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção, realizar os exames de rotina com resultados em tempo oportuno, vincular a gestante à maternidade e realizar atividades na atenção à saúde de puérperas e de recém-nascidos na “Primeira Semana de Saúde Integral” (BRASIL, 2012; BRASIL, 2010; CABRAL, HIRT, VAN DER SAND, 2013). A maioria das vezes isto não é realizado, portanto, baseados nas dificuldades encontradas no CS no atendimento ao pré-natal, parto e puerpério e na importância que estes têm para a comunidade, decidimos realizar esta estratégia de intervenção.

O CS Mãe Laurinda pertencente à Manicoré, um município do Estado do Amazonas. Sua estrutura é constituída por: sala de recepção/acolhimento, farmácia, dois consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, um consultório odontológico, a sala de vacina, a sala da triagem, uma mesma sala usada para curativo/medicação/inalação, sala de espera, uma sala para teste rápido de DST, uma sala para teste rápido da malária e da dengue, uma copa/cozinha e três banheiros. Neste CS os serviços são prestados de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã

e da tarde, a média de atendimentos médicos são de quarenta usuários por dia, sendo vinte pela manhã e outros vinte à tarde, desses vinte usuários, dezesseis são agendados e quatro são urgências. O CS é composto por duas equipes, compostas por: uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem, uma dentista, um técnico de saúde bucal, 15 ACS (8 da área 3 e 7 da área 4), uma microscopista, um técnico de enfermagem que realiza os testes das doenças sexualmente transmissíveis (DST), duas técnicas de enfermagem que trabalham na sala de vacinas, seis funcionários que trabalham na recepção/acolhimento, um funcionário que trabalha na farmácia, três funcionários de serviços gerais e um vigilante. As duas áreas abrangem uma população de 4.500 habitantes, das quais 2.300 habitantes pertencem a área 3 e 2.200 habitantes a área 4.

Em relação ao atendimento de pré-natal, acompanhamos 64 (95%) das gestantes da área de abrangência e destas 25 (39%) possuem o pré-natal iniciado no primeiro trimestre. Temos 75 mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses, o que representam somente 79%. Dessas 75 puérperas, somente 40 (53%) consultaram antes dos 42 dias de pós-parto. A adesão da população às ações propostas em saúde é baixa. Ao analisarmos as porcentagens de cobertura do CAP, percebe-se que os Programas de atendimento de Pré-natal e do puerpério não apresentam valores baixos, e aparentemente não apresentam grandes dificuldades, portanto, não deveriam ser o foco para realizar nossa intervenção. Além disso, se compararmos os resultados obtidos na cobertura nos programas de atendimento de Pré-natal e do puerpério com os valores obtidos em outros programas seria lógico trabalhar com aqueles programas que mostraram valores mais baixos, como acontece com o Programa de atenção ao usuário com hipertensão, diabetes e aos idosos. Porém, durante a elaboração do Relatório da Análise Situacional percebi as sérias deficiências que existiam no trabalho nos programas de atendimento de Pré-natal e do puerpério, tais como: má distribuição do trabalho por parte dos ACS, descumprimento pela usuária do calendário de agendamento das consultas, a prioridade para realizar o atendimento destas usuárias não é respeitada pelos profissionais do CS, nem por parte dos próprios usuários que estão na fila de atendimento, o tempo para se atender cada usuária destes programas é pouco pela quantidade de usuários diariamente agendados de outros programas, portanto, na maioria das vezes a avaliação destas usuárias é apressada, perdendo assim a chance de obter mais informações que possam garantir uma melhor qualidade do atendimento

médico, as palestras oferecidas para as grávidas não são suficientes, portanto, o nível de desinformação quanto à gravidez é alto, entre outros. Tudo isto determinou a baixa adesão da população às ações propostas em saúde nestes programas. Portanto, decidi compartilhar e analisar na reunião semanal da equipe as problemáticas identificadas no relatório de análise situacional e logo após, surgiu como acordo e necessidade da equipe selecionar como foco da intervenção os Programas de atendimento de Pré-natal e do puerpério. A cobertura de pré-natal e do atendimento de puerpério é inadequada, e que não respeita os parâmetros estabelecidos pelas normas do MS. As ações de promoção desenvolvidas como parte do trabalho ao atendimento e ao puerpério são as palestras, comemoração do dia da grávida, entre outras, com o objetivo de incrementar o aleitamento materno exclusivo até os primeiros seis meses de vida, realizar o planejamento familiar para programar o momento da gravidez, buscar adesão a hábitos alimentares saudáveis, entre outros.

Esta intervenção ajudará a diminuir os índices nas taxas de morbimortalidade materno-infantil, aumentará a porcentagem de adesão da população às ações propostas e a cobertura de pré-natal e do puerpério, entre outros. A equipe de saúde do CS está envolvida e comprometida neste processo, mas, não contamos com o apoio total da SMS, nem das autoridades políticas do nosso município. Existe desconhecimento na equipe dos protocolos para este tipo de atendimento. Não contamos com serviço de ultrassonografia para acompanhamento trimestral, laboratório para realizar os exames necessários e mesa para exame ginecológico nas salas de consulta dos médicos, mas, contamos com o apoio da equipe, da comunidade, da gerência do CS, e da direção do hospital do município para realizar estas mudanças. As ações permitirão cadastrar e acompanhar 100% das gestantes e puérperas da área de abrangência, incrementar as ações de planejamento familiar, iniciar o tratamento com ácido fólico no grupo de mulheres que desejam engravidar prevenindo que malformações congênitas apareçam no período pré-natal, incrementar a pesquisa de gestantes na área de abrangência para evitar o início de pré-natal depois do primeiro trimestre e aumentar as atividades de educativas durante o pré-natal e puerpério.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério no CS/ESF Mãe Laurinda, Manicoré/AM.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Pré-natal:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de pré-natal.

Meta 1.1: Alcançar 100% de cobertura das gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizado na Unidade.

Meta 2.1: Garantir 100% das gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre.

Meta 2.2: Realizar pelo menos um exame ginecológico por trimestre em 100% das gestantes.

Meta 2.3: Realizar pelo menos um exame de mamas em 100% das gestantes.

Meta 2.4: Garantir a 100% das gestantes a solicitação de exames laboratoriais conforme protocolo

Meta 2.5: Garantir a 100% das gestantes com a prescrição do sulfato ferroso e ácido fólico conforme protocolo.

Meta 2.6: Garantir a 100% das gestantes com vacina antitetânica em dia.

Meta 2.7: Garantir 100% das nossas gestantes com vacina contra hepatite B em dia.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das gestantes durante o pré-natal.

Meta 2.9: Garantir a primeira consulta odontológica programática para 100% das gestantes cadastradas.

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao pré-natal.

Meta 3.1: Realizar busca ativa de 100% das gestantes faltosas às consultas de pré-natal.

Objetivo 4: Melhorar o registro do programa de pré-natal.

Meta 4.1: Manter registro na ficha espelho de pré-natal em 100% das gestantes.

Objetivo 5: Realizar avaliação de risco.

Meta 5.1: Avaliar risco gestacional em 100% das gestantes.

Objetivo 6: Promover a saúde no pré-natal.

Meta 6.1: Garantir a 100% das gestantes, orientação nutricional durante a gestação.

Meta 6.2: Promover o aleitamento materno junto a 100% das gestantes.

Meta 6.3: Orientar 100% das gestantes sobre os cuidados com o recém-nascido (teste do pezinho, decúbito dorsal para dormir, entre outros).

Meta 6.4: Orientar 100% das gestantes sobre anticoncepção após o parto.

Meta 6.5: Orientar 100% das gestantes sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

Meta 6.6: Orientar 100% das gestantes sobre higiene bucal.

Puerpério:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à puérperas.

Meta 1.1: Garantir a 100% das puérperas cadastradas no programa de Pré-Natal e Puerpério da Unidade de Saúde consulta puerperal antes dos 42 dias após o parto.

Objeto 2: Melhorar a qualidade da atenção às puérperas na Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Examinar as mamas em 100% das puérperas cadastradas no Programa.

Meta 2.2: Examinar o abdome em 100% das puérperas cadastradas no Programa

Meta 2.3: Realizar exame ginecológico em 100% das puérperas cadastradas no Programa.

Meta 2.4: Avaliar o estado psíquico em 100% das puérperas cadastradas no Programa.

Meta 2.5: Avaliar intercorrências em 100% das puérperas cadastradas no Programa.

Meta 2.6: Prescrever a 100% das puérperas um dos métodos de anticoncepção.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das mães ao puerpério.

Meta 3.1: Realizar busca ativa em 100% das puérperas que não realizaram a consulta de puerpério até 30 dias após o parto.

Objetivo 4.1: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro na ficha de acompanhamento do Programa 100% das puérperas.

Objetivo 5: Promover a saúde das puérperas.

Meta 5.1: Orientar 100% das puérperas cadastradas no Programa sobre os cuidados do recém-nascido.

Meta 5.2: Orientar 100% das puérperas cadastradas no Programa sobre aleitamento materno exclusivo.

Meta 5.3: Orientar 100% das puérperas cadastradas no Programa sobre planejamento familiar.

## **2.3 Metodologia**

O projeto da intervenção será estruturado para aplicar a estratégia da intervenção em um período de 16 semanas, no CS Mãe Laurinda. Participarão do trabalho as gestantes e puérperas, pertencentes à área de abrangência da minha equipe. Serão utilizados os protocolos do MS (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012), que visa realizar o atendimento ao pré-natal e ao puerpério, garantindo a essas mulheres atividades educativas, realização de todos os exames preconizados, avaliação do estado nutricional, identificação de fatores de risco, tratamento das intercorrências e se for necessário referência para outros centros especializados neste tipo de atendimentos, registro em prontuário e fichas específicas de pré-natal e de puerpério.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Ações do Pré-Natal:

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de pré-natal.

1.1. Alcançar 100% de cobertura das gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério do CS.

O monitoramento e a avaliação da cobertura do pré-natal se realizarão quinzenalmente pela gerente, médico e enfermeira, através da revisão das fichas-espelhos e prontuários clínicos.

No eixo de organização e gestão do serviço será garantido o cadastro de todas as gestantes da área do CS, nas visitas domiciliares realizadas pelo médico, enfermeira e ACS, na sala de recepção/acolhimento pelos funcionários de saúde, que nela realizam o processo de acolhimento na chegada das gestantes ao CS, e pelo resto do pessoal da equipe de saúde durante os atendimentos diários oferecidos em cada consulta ou serviço do CS que for detectada uma gestante não cadastrada.

Em relação ao engajamento público, a comunidade será esclarecida sobre a importância da realização do pré-natal, ou seja, as vantagens para mãe e filho, sobre as facilidades de realizá-lo no CS, e sobre a prioridade de atendimento às gestantes ou mulheres com atraso menstrual, entre outros. Estas ações serão desenvolvidas através de palestras, realizadas tanto nas visitas domiciliares do médico, da enfermeira e dos ACS duas vezes na semana, quanto por palestras e videoconferências no CS, realizadas por todos os membros da equipe de forma rotativa, ou seja, desde segunda a sexta-feira, nos dois turnos de atendimento, esta atividade será realizada a cada dia por um membro diferente da equipe, durante o tempo que permanecerão os usuários na sala de espera.

Na qualificação da prática clínica se capacitará a equipe no acolhimento às gestantes e aos ACS na busca daquelas que não estão realizando pré-natal em nenhum serviço. Realizar-se-á ampliação do conhecimento da equipe sobre o Programa de Humanização ao Pré-natal e nascimento (PHPN). Tudo isto será feito nas reuniões da equipe, com 30 minutos de duração, que acontecem na quinta-feira. A gerente, o médico e a enfermeira serão responsáveis por esta capacitação. A liderança desta atividade será rotativa a cada semana entre os responsáveis. Isto será realizado até identificar por perguntas e respostas que o nível de conhecimentos da equipe em relação a este tema é suficiente.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizado na Unidade.

2.1. Garantir a 100% das gestantes o ingresso no Programa de Pré-Natal no primeiro trimestre de gestação.

Será realizado monitoramento periódico do ingresso das gestantes no pré-natal quinzenalmente, ainda no primeiro trimestre de gestação, para assim detectar precocemente problemas e fatores de riscos associados à gestação e realizar imediatamente modificações. A responsável do monitoramento será a enfermeira da equipe.

Quanto à organização e gestão do serviço, será realizado o acolhimento a todas as mulheres com atraso menstrual e das gestantes, assim como o cadastro de todas as gestantes que pertençam à área de abrangência do CS. Garantir-se-á com o gestor do município a disponibilização do teste rápido de gravidez no CS que será usado imediatamente naquelas usuárias com atraso menstrual. No caso de ser

positivo o resultado, a gestante será imediatamente cadastrada no Programa e se iniciará o acompanhamento do pré-natal.

Em relação ao engajamento público a comunidade será esclarecida sobre a importância de iniciar as consultas de pré-natal imediatamente após o diagnóstico de gestação no âmbito do CS e também será divulgada para a comunidade a disponibilidade de teste rápido de gravidez no CS para mulheres com atraso menstrual, através das palestras mencionadas anteriormente.

Quanto à qualificação da prática clínica serão desenvolvidas ações de capacitação da equipe no acolhimento às mulheres com atraso menstrual e na realização e interpretação do teste rápido de gravidez. Também será ampliado o conhecimento da equipe sobre o PHPN, através das capacitações mencionadas anteriormente.

2.2. Realizar pelo menos um exame ginecológico por trimestre em 100% das gestantes do CS Mãe Laurinda.

Será feito monitoramento da realização de pelo menos um exame ginecológico por trimestre quinzenalmente em todas as gestantes, segundo o estabelecido pelo MS. Os responsáveis desta ação serão os envolvidos no Programa: a enfermeira e o médico, que utilizarão os prontuários e a ficha-espelho das gestantes cadastradas no Programa. Quanto à organização e gestão dos serviços serão estabelecidos os sistemas de alerta para fazer o exame ginecológico, através da marcação em vermelha nas fichas-espelhos do nome das mulheres que ainda não o realizaram. Em relação a engajamento público será esclarecida a comunidade sobre a necessidade de realizar o exame ginecológico durante o pré-natal e sobre a segurança do exame, além da importância que tem sua realização para a detecção precoce de alterações ginecológicas associadas a este período. Serão colocados no CS vídeos que expliquem a importância da realização do exame, disponibilizados pelos gestores do município e gerente do CS. Na qualificação da prática clínica será realizada a capacitação da equipe para realizar o exame ginecológico nas gestantes e para a identificação de sistemas de alerta quanto à realização do exame ginecológico, através das capacitações planejadas para acontecer durante as reuniões de equipe.

2.3. Realizar pelo menos um exame de mamas em 100% das gestantes.

Será feito cada quinze dias monitoramento da realização de pelo menos um exame de mamas em todas as gestantes da área de abrangência cadastradas no

Programa. A enfermeira e o médico da família desenvolverão esta ação, utilizando os prontuários e ficha-espelho das gestantes cadastradas no Programa.

Em relação à organização e gestão dos serviços, serão estabelecidos sistemas de alerta para fazer o exame de mama através da marcação em vermelha nas fichas-espelhos do nome das mulheres que ainda não o realizaram.

No eixo do engajamento público a comunidade será esclarecida quanto à necessidade de realizar o exame de mama durante a gestação, sobre os cuidados com a mama para facilitar a amamentação e se incentivará também à higiene da mama. Serão colocados cartazes e figuras no CS que ilustrem a importância da realização do exame das mamas em gestantes.

Sobre a qualificação da prática clínica se realizará capacitação da equipe para realizar o exame de mamas nas gestantes, explicando as técnicas adequadas de palpação, assim como para identificação de sistemas de alerta quanto à realização do exame de mamas. Isto será realizado através das capacitações já mencionadas anteriormente.

2.4. Garantir a 100% das gestantes a solicitação de exames laboratoriais de acordo com protocolo

Será realizado cada quinze dias o monitoramento e avaliação da solicitação dos exames laboratoriais previstos no protocolo para as gestantes. O médico e a enfermeira serão os responsáveis pelo monitoramento e avaliação periódica destas ações, utilizando os prontuários e a ficha-espelho para tal.

No que se refere à organização e gestão do serviço se estabelecerão sistemas de alerta para a solicitação de exames de acordo com o protocolo através da marcação em vermelha nas fichas-espelhos do nome das mulheres que ainda não os realizaram. Serão garantidos os exames necessários no hospital municipal, previamente acordado com os gestores do município e gerente do hospital.

Em relação ao engajamento público se esclarecerá à comunidade sobre a importância da realização dos exames complementares em cada trimestre da gestação de acordo com o estabelecido pelo MS, além da periodicidade com que devem ser realizados, através das atividades educativas que serão planejadas para as gestantes.

Quanto à qualificação da prática clínica se realizará capacitação da equipe para seguir o protocolo estabelecido pelo MS para solicitação de exames

complementares com a frequência legislada, por meio das capacitações que serão realizadas com a equipe.

2.5. Garantir a 100% das gestantes a prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico conforme protocolo.

Em relação ao monitoramento e avaliação se realizará monitoramento da prescrição de suplementação de ferro/ácido fólico em todas as gestantes durante as consultas, para profilaxia da anemia conforme protocolo. O monitoramento será realizado quinzenalmente pelo médico da equipe, através da ficha-espelho e prontuário da gestante.

Quanto à organização e gestão dos serviços será garantida o acesso facilitado ao sulfato ferroso e ácido fólico no CS, priorizando a cobertura destes medicamentos para as gestantes cadastradas no Programa. Em caso de baixa cobertura se realizará solicitação imediata aos gestores do município.

Em relação ao engajamento público se esclarecerá a comunidade sobre a importância da suplementação de ferro/ácido fólico para a saúde da criança e da gestante e consequências do abandono do tratamento durante a gestação. Esta ação será realizada através das palestras mencionadas anteriormente.

No que se refere à qualificação da prática clínica se realizará capacitação e atualização da equipe para a prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico para as gestantes com as doses estabelecidas por protocolo, por meio das capacitações da equipe mencionadas anteriormente.

2.6. Garantir que 100% das gestantes estejam com vacina antitetânica em dia.

2.7. Garantir que 100% das gestantes estejam com vacina contra hepatite B em dia.

Em relação ao monitoramento e avaliação, se monitorará e avaliará cada quinze dias e durante a consulta médica e de enfermagem se a gestante recebeu imunização antitetânica e contra hepatite B segundo protocolo. Será utilizada a carteira de gestante e a ficha-espelho para seu monitoramento. O responsável do monitoramento será a enfermeira.

Em relação à organização e gestão dos serviços serão encaminhadas 100% das gestantes para imunização antitetânica e contra hepatite B quando a usuária não estiver imunizada segundo protocolo do MS. Realizar-se a controle de estoque e vencimento das vacinas para garantir suficiência e ótimas condições destas na farmácia do CS e se realizará controle da cadeia de frio. Também será estabelecido

um sistema de alerta para a realização da vacina antitetânica e contra a hepatite B, através da marcação em vermelha nas fichas-espelhos do nome das mulheres que ainda não o realizaram.

Quanto ao engajamento público será esclarecida a gestante sobre a importância da realização da vacinação completa e o momento adequado para ser vacinada, por meio das atividades educativas que estão sendo planejadas pela equipe.

Sobre a qualificação da prática clínica se realizará capacitação da equipe sobre a realização de vacinas na gestação. A responsável desta ação será a enfermeira, e será desenvolvida no âmbito do CS, por meio das capacitações mencionadas anteriormente.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das gestantes durante o pré-natal.

Será realizada cada quinze dias o monitoramento e avaliação de todas as gestantes cadastradas no Programa que precisam de tratamento odontológico, o qual será oferecido no CS pela dentista da equipe envolvida no Programa. O monitoramento e avaliação desta ação serão feitos através da ficha-espelho da gestante.

Em relação à organização e gestão dos serviços será melhorado o acolhimento das gestantes pelos profissionais de saúde do CS, serão cadastradas no CS gestantes da área de abrangência e será garantido atendimento prioritário às gestantes que precisam atendimento odontológico. Organizar-se-á o agendamento prioritário de saúde bucal para atendimento das gestantes em dias fixos da semana, e se oferecerá uma vaga segura para elas. Serão encaminhadas 100% das gestantes cadastradas no Programa para atendimento com a dentista.

Em relação ao engajamento público se informará a comunidade sobre a importância de avaliar a saúde bucal de gestantes para assim prevenir complicações odontológicas durante a gestação, isto será feito através das palestras mencionadas anteriormente.

Quanto à qualificação da prática clínica se capacitará a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em gestantes, por meio das capacitações que acontecerão nos dias das reuniões de equipe.

2.9. Garantir a primeira consulta odontológica programática para 100% das gestantes cadastradas

Será monitorada cada quinze dias a realização da primeira consulta odontológica em todas as gestantes cadastradas no programa utilizando os prontuários e as fichas-espelhos. Serão identificadas aquelas que não receberam acompanhamento pela dentista e encaminhadas logo para receber atendimento por esta especialidade.

Sobre a organização e gestão dos serviços se organizará o agendamento do atendimento odontológico em dias fixos da semana, garantindo fundamentalmente o primeiro atendimento. Serão garantidos os recursos como os materiais e serviços diagnósticos necessários para o acompanhamento odontológico com apoio dos gestores do município.

Em relação ao engajamento público, a comunidade será esclarecida sobre a importância de realizar a consulta com a dentista, ação que será desenvolvida no âmbito do CS, através das palestras que estão sendo planejadas pela equipe.

Quanto à qualificação da prática clínica se capacitará a equipe para identificar as gestantes que não foram avaliadas pela dentista, para realizar diagnósticos das principais doenças bucais da gestação, como a cárie e as doenças periodontais. Realizar-se-á capacitação dos profissionais do CS de acordo com os Cadernos de Atenção Básica do MS semanalmente no CS.

Relativas ao objetivo 3: melhorar a adesão ao pré-natal.

3.1. Realizar busca ativa de 100% das gestantes faltosas às consultas de pré-natal.

Em relação ao monitoramento e avaliação, será monitorado e avaliado quinzenalmente o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de pré-natal adotado pelo CS. A avaliação será feita utilizando os prontuários, as fichas-espelhos e a carteira da gestante. Realizar o monitoramento desta ação será responsabilidade da enfermeira e do médico.

Quanto à organização e gestão do serviço serão organizadas visitas aos domicílios das gestantes para que a equipe realize busca ativa de 100% das gestantes faltosas às consultas de pré-natal segundo o estabelecido por Programa, com ajuda dos líderes da comunidade. Serão priorizadas as visitas domiciliares a estas gestantes. Organizar-se-á a agenda para acolher a demanda de gestantes provenientes das buscas domiciliares.

No eixo de engajamento público se realizarão ações coletivas para informar a comunidade sobre a importância do pré-natal e do acompanhamento regular além da periodicidade das consultas. Para seu desenvolvimento será incrementada as palestras educativas dentro e fora do CS, assim como durante as visitas domiciliares realizadas por cada membro da equipe. Se houver número excessivo de gestantes faltosas serão desenvolvidas ações para ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das gestantes do programa de Pré-natal.

Quanto à qualificação da prática clínica se realizará treinamento dos ACS no âmbito do CS para abordar a importância da realização do pré-natal regularmente para que possam orientar as gestantes, esta ação será desenvolvida por meio das capacitações para a equipe que estão sendo planejadas.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro do programa de pré-natal.

4.1. Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho de pré-natal em 100% das gestantes.

Será feito o monitoramento do registro de todos os acompanhamentos das gestantes cadastradas no programa e avaliação do número de gestantes com ficha de acompanhamento/espelho atualizada, se monitorará o registro de BCF, altura uterina, pressão arterial, vacinas em dia, medicamentos prescritos. Também serão monitoradas as orientações oferecidas sobre o pré-natal e indicação de exames laboratoriais, com uma frequência quinzenal utilizando os prontuários e as fichas-espelhos das gestantes.

Quanto à gestão e organização do serviço será feito o preenchimento e uso adequado do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no pré-natal e nascimento (SISPRENATAL) e ficha de acompanhamento. A ficha-espelho da carteira da gestante será implantada ou ficha de acompanhamento, se organizará na sala de recepção do CS local específico para armazenar organizadamente as fichas de acompanhamento/espelho das gestantes cadastradas no programa que recebem acompanhamento pela equipe.

Em relação ao engajamento público, a equipe esclarecerá à gestante sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário, aproveitando cada espaço onde se dialogue com estas gestantes.

Em relação à qualificação da prática clínica se realizará treinamento da equipe para o preenchimento do SISPRENATAL assim como os registros específicos das consultas e as fichas espelho no âmbito do CS, através das capacitações que acontecerão nos dias de reunião de equipe.

Relativas ao objetivo 5: Realizar avaliação de risco.

5.1. Avaliar risco gestacional em 100% das gestantes.

Será desenvolvido o monitoramento do registro de risco gestacional por trimestre em 100% das gestantes cadastradas segundo o estabelecido pelo MS. O médico realizará monitoramento quinzenalmente do número de encaminhamentos para o alto risco segundo as características de cada gestação.

A organização e gestão do serviço serão realizadas pelo médico, que contará com a identificação na ficha de acompanhamento/espelho das gestantes de alto risco gestacional, segundo o protocolo, as quais precisarão de um tratamento diferenciado, sendo necessário seu encaminhamento para alto risco. Será garantido o vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar, com prévio acordo com os gestores do município.

Quanto ao engajamento público, será realizado com ajuda da comunidade e os gestores do município adequado referenciamento das gestantes para alto risco. Para isso será realizada uma reunião no CS no primeiro dia do início da estratégia da intervenção, onde participarão: a comunidade e seus líderes, as gestantes, seus familiares, o gestor municipal, a gerente e as equipes de saúde do CS. Além disso, as equipes do CS, explicarão durante as palestras diárias no CS e nas visitas domiciliares, à comunidade, a importância, os passos e os critérios do referenciamento das gestantes de alto risco para receberem atendimento a outros níveis de atendimento em saúde.

Em relação à qualificação da prática clínica serão capacitados os profissionais que realizam o pré-natal para classificação do risco gestacional em cada trimestre e manejo de intercorrências, através de palestras que serão oferecidas no CS.

Relativas ao objetivo 6: Promoção da saúde no pré-natal.

6.1. Garantir a 100% das gestantes, orientação nutricional durante a gestação.

6.2. Promover o aleitamento materno junto a 100% das gestantes.

6.3. Orientar 100% das gestantes sobre os cuidados com o recém-nascido (teste do pezinho, decúbito dorsal para dormir, entre outros).

6.4. Orientar 100% das gestantes sobre anticoncepção após o parto.

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

6.6. Orientar 100% das gestantes sobre higiene bucal.

Será monitorada e avaliada quinzenalmente a realização de orientação nutricional durante a gestação, a duração do aleitamento materno entre as nutrizes que fizeram pré-natal na unidade, orientação sobre os cuidados dos recém-nascidos recebida durante o pré-natal, à orientação sobre anticoncepção após o parto, orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação e número de mulheres que conseguiram parar de fumar durante a gestação. Também serão monitoradas as atividades educativas individuais sobre higiene bucal. Esse monitoramento e avaliação serão feitos através da análise das fichas-espelhos.

Quanto à organização e gestão dos serviços será estabelecido o papel de cada membro da equipe na realização de atividades de promoção de saúde sobre a importância de hábitos alimentares saudáveis durante a gestação; se propiciará o encontro de gestantes e nutrizes e conversas sobre facilidades e as dificuldades da amamentação para incentivar a amamentação nas gestantes; será propiciada no âmbito do CS a observação de outras mães amamentando, para que as futuras mães aprendam as técnicas corretas da amamentação; será estabelecido o papel da equipe na realização de orientações sobre os cuidados com o recém-nascido; se estabelecerá o papel da equipe na realização de orientações sobre anticoncepção após o parto, incentivando fundamentalmente o uso do preservativo masculino; se estabelecerá o papel da equipe em relação ao combate ao tabagismo durante a gestação, se organizara tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações de higiene bucal em nível individual.

Sobre o engajamento público se realizarão ações para compartilhar com a comunidade e com as gestantes orientações sobre alimentação saudável, se conversará com a comunidade, a gestante e seus familiares sobre o que eles pensam em relação ao aleitamento materno, espaço onde se lhes permitirá expor suas dúvidas, crenças, tabus, etc.; se desmistificará a ideia de que criança "gorda" é criança saudável; se construirá uma rede social de apoio às nutrizes com ajuda dos gestores do município, gerente do CS e a equipe; se realizará orientação à comunidade em

especial gestantes e seus familiares sobre os cuidados com o recém-nascido; será orientada a comunidade, em especial gestantes e seus familiares, sobre anticoncepção após o parto no âmbito do CS, será orientada a comunidade, em especial gestantes e seus familiares, sobre os riscos do tabagismo e do consumo de álcool e drogas durante a gestação. Orientar-se-ão as gestantes sobre a importância da prevenção e detecção precoce da cárie dentária e dos principais problemas de saúde bucal na gestação. Essas orientações serão dadas individualmente nas consultas e também coletivamente, nas palestras que serão organizadas para as gestantes e puérperas.

Quanto à qualificação da prática clínica se realizará capacitação da equipe para fazer orientação nutricional de gestantes e acompanhamento do ganho de peso na gestação, para fazer promoção do aleitamento materno, para orientar os usuários do serviço em relação aos cuidados com o recém-nascido, para orientar os usuários do serviço em relação à anticoncepção após o parto, para apoiar as gestantes que quiserem parar de fumar, assim como para oferecer orientações de higiene bucal. Estas ações serão desenvolvidas pelo médico e enfermeira envolvidos no Programa no âmbito do CS, nas capacitações planejadas para essa intervenção.

#### Ações do Puerpério:

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de atenção à puérperas.

1.1. Garantir a 100% das puérperas cadastradas no programa de Pré-Natal e Puerpério da Unidade de Saúde consulta puerperal antes dos 42 dias após o parto.

Em relação ao monitoramento e avaliação se realizará quinzenalmente o monitoramento da cobertura do puerpério pela enfermeira, médico e gerente do CS que participam no Programa, através dos prontuários e ficha-espelho.

Quanto à organização e gestão de serviço se realizará um melhor acolhimento de todas as puérperas da área de abrangência pelos profissionais do CS especialmente pelos membros da minha equipe; será realizado o cadastro de todas as mulheres que tiveram partos no último mês.

No engajamento público será explicado para a comunidade que o puerpério é o nome dado à fase pós-parto em que a mulher experimenta modificações físicas e psíquicas e que termina quando retorna a ovulação; será explicada a importância do acompanhamento puerperal preferencialmente nos primeiros 30 dias de pós-parto

com o propósito de garantir que a mãe esteja saudável e em ótimas condições de cuidar seu recém-nascido. Essas ações serão desenvolvidas nas palestras organizadas pela equipe. Na qualificação da prática clínica serão realizadas capacitações da equipe para orientar as mulheres, ainda no pré-natal, sobre a importância da realização da consulta de puerpério e do período que a mesma deve ser feita e orientar os ACS no cadastramento das mulheres que tiveram partos no último mês para realizar o acompanhamento puerperal.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção às puérperas na Unidade de Saúde.

2.1. Examinar as mamas em 100% das puérperas cadastradas no Programa.

2.2. Examinar o abdome em 100% das puérperas cadastradas no Programa

2.3. Realizar exame ginecológico em 100% das puérperas cadastradas no Programa.

2.4. Avaliar o estado psíquico em 100% das puérperas cadastradas no Programa.

2.5. Avaliar intercorrências em 100% das puérperas cadastradas no Programa.

2.6. Prescrever a 100% das puérperas um dos métodos de anticoncepção.

Será avaliado quinzenalmente pela enfermeira e médico da equipe o número de puérperas que tiveram as mamas, abdome, ginecológico, estado psíquico examinado, e prescrição de anticoncepcionais, assim como avaliação de intercorrências durante a consulta de puerpério, utilizando os prontuários e as fichas-espelhos das usuárias cadastradas. Em relação à organização e gestão do serviço será solicitado à recepcionista do CS que separe a ficha de acompanhamento das puérperas que serão atendidas no dia, pois a mesma servirá de "roteiro" para a consulta. Assim, o profissional não se esquecerá de examinar as mamas, abdome, ginecológico, estado psíquico, de prescrever anticoncepcionais, assim como de avaliar as intercorrências durante a consulta de puerpério, o que facilitará o trabalho dos profissionais envolvidos no Programa.

Quanto ao engajamento público será explicado para a comunidade, que é necessário examinar durante a consulta de puerpério: as mamas, para identificar alterações que impeçam ou dificultem a amamentação; detalhadamente o abdome, avaliando as características dos lóquios, para acompanhar a involução uterina e identificar imediatamente complicações neste período, estado psíquico examinado,

prescrição de anticoncepcionais, assim como avaliação de intercorrências durante a consulta de puerpério o que facilitará o trabalho dos profissionais envolvidos no Programa.

Em relação à qualificação da prática clínica será capacitada a equipe de acordo com o protocolo do MS para realizar a consulta de puerpério e revisar a semiologia do "exame das mamas", "do abdome", "ginecológico", "do estado psíquico", assim como de revisar as técnicas para prescrever anticoncepcionais, e para avaliar as intercorrências durante a consulta de puerpério, o que facilitará o trabalho dos profissionais envolvidos no Programa.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão das mães ao puerpério.

3.1. Proporção de puérperas que não realizaram a consulta de puerpério até 30 dias após o parto e que foram buscadas pelo serviço.

O médico, a enfermeira e os ACS realizarão cada quinze dias o monitoramento e avaliação periódica do número de gestantes que faltaram à consulta de puerpério. Essa informação será obtida dos prontuários clínicos, carteira da gestante e ficha espelho.

Quanto à organização e gestão dos serviços se organizarão visitas domiciliares para busca ativa das puérperas faltosas; se organizará a agenda para acolher as puérperas faltosas em qualquer momento; se organizará a agenda para que sejam feitas, no mesmo dia, a consulta do primeiro mês de vida do bebê e a consulta de puerpério da mãe, estimulando a adesão das mulheres.

No engajamento público será orientada a comunidade sobre a importância da realização da consulta de puerpério no primeiro mês de pós-parto e se buscará com a comunidade estratégias para evitar a evasão destas mulheres às consultas. Essas ações serão realizadas nas atividades educativas planejadas para essa intervenção. Em relação à qualificação da prática clínica se orientará às recepcionistas do CS para agendarem a consulta do primeiro mês de vida do bebê e a do puerpério da mãe para o mesmo dia e se realizará treinamento da equipe para abordar a importância da realização do puerpério ainda no período pré-natal. Essa capacitação acontecerá periodicamente, nos dias das reuniões de equipe.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

4.1. Manter registro na ficha de acompanhamento do Programa 100% das puérperas.

Realizar-se-á monitoramento e avaliação cada quinze dias do registro de todas as puérperas, através dos prontuários e fichas-espelhos das puérperas.

Será implantado um espaço na ficha espelho do pré-natal para as informações do puerpério; se criará local específico e de fácil acesso para armazenar as fichas de acompanhamento, que ficaram na recepção como mencionado anteriormente; se definirá as pessoas responsáveis pelo monitoramento e avaliação do programa, bem como aquelas que manusearão a planilha de coleta de dados; se definirá a periodicidade do monitoramento e da avaliação do programa pelos membros do CS e da equipe.

Quanto ao engajamento público se esclarecerá a comunidade sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário. Essas informações serão repassadas às puérperas nas palestras organizadas pela equipe. Na qualificação da prática clínica será apresentada a ficha espelho e a planilha de coleta de dados para a equipe e se fará um treinamento para o preenchimento de ambas.

Relativas ao objetivo 5: Promover a saúde das puérperas.

5.1. Orientar 100% das puérperas cadastradas no Programa sobre os cuidados do recém-nascido.

5.2. Orientar 100% das puérperas cadastradas no Programa sobre aleitamento materno exclusivo.

5.3. Orientar 100% das puérperas cadastradas no Programa sobre planejamento familiar.

No meu CS quinzenalmente será avaliado o percentual de puérperas que foram orientadas sobre os cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno exclusivo, e sobre planejamento familiar, para isso serão utilizados os prontuários das puérperas cadastradas no Programa. O responsável de monitorar esta ação será a enfermeira da equipe.

Quanto à organização e gestão do serviço será estabelecido o papel de cada membro da equipe nas questões de promoção a saúde; serão buscados materiais para auxiliar nas orientações do cuidado com o recém-nascido (imagens, bonecas), será realizada reunião com a equipe para decidir em unanimidade quais serão as

estratégias de orientação sobre os cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno exclusivo, e sobre planejamento familiar para a comunidade que se tomarão.

No engajamento público será orientada a comunidade sobre os cuidados com o recém-nascido: como fazer o curativo do coto umbilical, higiene íntima, como prevenir assaduras, infecções, como é realizado o teste do pezinho e qual a sua importância. Além disso, a comunidade será orientada sobre o aleitamento materno exclusivo, sobre planejamento familiar e vacinação.

Quanto à qualificação da prática clínica serão revisados com a equipe os cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno exclusivo, e sobre planejamento familiar. Além disso, realizar-se-á treinamento da equipe quanto à orientação destes cuidados às puérperas e à comunidade.

### **2.3.2 Indicadores**

Pré-natal:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de pré-natal.

Meta 1.1: Alcançar 100% de cobertura das gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal da unidade de saúde

Indicador 1.1: Proporção de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal.

Numerador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério.

Denominador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizado na Unidade.

Meta 2.1: Garantir a 100% das gestantes o ingresso no Programa de Pré-Natal no primeiro trimestre de gestação.

Indicador 2.1: Proporção de gestantes com ingresso no Programa de Pré-Natal no primeiro trimestre de gestação.

Numerador: Número de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação.

Denominador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastradas no Programa de Pré-natal.

Meta 2.2: Realizar pelo menos um exame ginecológico por trimestre em 100% das gestantes.

Indicador 2.2: Proporção de gestantes com pelo menos um exame ginecológico por trimestre.

Numerador: Número de gestantes com pelo menos um exame ginecológico por trimestre.

Denominador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastradas no Programa de Pré-natal.

Meta 2.3: Realizar pelo menos um exame de mamas em 100% das gestantes.

Indicador 2.3: Proporção de gestantes com pelo menos um exame de mamas durante o pré-natal.

Numerador: Número de gestantes com pelo menos um exame de mamas.

Denominador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastradas no Programa de Pré-natal.

Meta 2.4: Garantir a 100% das gestantes a solicitação de exames laboratoriais de acordo com protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de gestantes com solicitação de todos os exames laboratoriais de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de gestantes com solicitação de todos os exames laboratoriais

Denominador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastradas no Programa de Pré-natal.

Meta 2.5: Garantir a 100% das gestantes a prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico conforme protocolo.

Indicador 2.5: Proporção de gestantes com prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico.

Numerador: Número de gestantes com prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico conforme protocolo.

Denominador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastradas no Programa de Pré-natal.

Meta 2.6: Garantir que 100% das gestantes estejam com vacina antitetânica em dia.

Indicador 2.6: Proporção de gestantes com vacina antitetânica em dia.

Numerador: Número de gestantes com vacina antitetânica em dia

Denominador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastradas no Programa de Pré-natal.

Metas 2.7: Garantir que 100% das gestantes estejam com vacina contra hepatite B em dia.

Indicador 2.7: Proporção de gestantes com vacina contra hepatite B em dia.

Numerador: Número de gestantes com vacina contra hepatite B em dia.

Denominador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastradas no Programa de Pré-natal.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das gestantes durante o pré-natal.

Indicador 2.8: Proporção de gestantes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de gestantes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastradas no Programa de Pré-natal.

Meta 2.9: Garantir a primeira consulta odontológica programática para 100% das gestantes cadastradas.

Indicador 2.9: Proporção de gestantes com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de gestantes com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastradas no Programa de Pré-natal.

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao pré-natal.

Meta 3.1: Realizar busca ativa de 100% das gestantes faltosas às consultas de pré-natal

Indicador 3.1: Proporção de gestantes faltosas às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério da unidade de saúde buscadas ativamente pelo serviço.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério da unidade de saúde faltosas às consultas de pré-natal.

Objetivo 4: Melhorar o registro do programa de pré-natal.

Meta 4.1: Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho de pré-natal em 100% das gestantes.

Indicador 4.1: Proporção de gestantes com registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação.

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho de pré-natal com registro adequado.

Denominador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastradas no Programa de Pré-natal.

Objetivo 5: Realizar avaliação de risco:

Meta 5.1: Avaliar risco gestacional em 100% das gestantes.

Indicador 5.1: Proporção de gestantes com avaliação de risco gestacional.

Numerador: Número de gestantes com avaliação de risco gestacional.

Denominador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastradas no Programa de Pré-natal.

Objetivo 6: Promoção da saúde no pré-natal.

Meta 6.1: Garantir a 100% das gestantes, orientação nutricional durante a gestação.

Indicador 6.1: Proporção de gestantes que receberam orientação nutricional.

Numerador: Número de gestantes com orientação nutricional.

Denominador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastradas no Programa de Pré-natal.

Meta 6.2: Promover o aleitamento materno junto a 100% das gestantes.

Indicador 6.2: Proporção de gestantes que receberam orientação sobre aleitamento materno.

Numerador: Número de gestantes com orientação sobre aleitamento materno.

Denominador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastradas no Programa de Pré-natal.

Meta 6.3: Orientar 100% das gestantes sobre os cuidados com o recém-nascido.

Indicador 6.3: Proporção de gestantes que receberam orientação sobre os cuidados com o recém-nascido.

Numerador: Número de gestantes com orientação sobre os cuidados com o recém-nascido.

Denominador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastradas no Programa de Pré-natal.

Meta 6.4: Orientar 100% das gestantes sobre anticoncepção após o parto.

Indicador 6.4. Proporção de gestantes que receberam orientação sobre anticoncepção após o parto.

Numerador: Número de gestantes com orientação sobre anticoncepção após o parto.

Denominador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastradas no Programa de Pré-natal.

Meta 6.5: Orientar 100% das gestantes sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

Indicador 6.5: Proporção de gestantes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

Numerador: Número de gestantes com orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

Denominador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastradas no Programa de Pré-natal.

Meta 6.6: Orientar 100% das gestantes sobre higiene bucal.

Indicador 6.6. Proporção de gestantes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de gestantes que receberam orientações sobre higiene bucal.

Denominador: Número de gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastradas no Programa de Pré-natal.

Puerpério:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção às puérperas.

Meta 1.1: Garantir a 100% das puérperas cadastradas no programa de Pré-Natal e Puerpério da Unidade de Saúde consulta puerperal antes dos 42 dias após o parto.

Indicador 1.1. Proporção de puérperas com consulta até 42 dias após o parto.

Numerador: Número de gestantes com consulta de puerpério até 42 dias após o parto.

Denominador: Número total de puérperas no período.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção às puérperas na Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Examinar as mamas em 100% das puérperas cadastradas no Programa

Indicador 2.1: Proporção de puérperas que tiveram as mamas examinadas.

Numerador: Número de puérperas que tiveram as mamas examinadas.

Denominador: Número de puérperas cadastradas no programa no período.

Meta 2.2: Examinar o abdome em 100% das puérperas cadastradas no Programa.

Indicador 2.2: Proporção de puérperas que tiveram o abdome avaliado.

Numerador: Número de puérperas que tiveram o abdome examinado.

Denominador: Número de puérperas cadastradas no programa no período.

Meta 2.3: Realizar exame ginecológico em 100% das puérperas cadastradas no Programa.

Indicador 2.3. Proporção de puérperas que realizaram exame ginecológico.

Numerador: Número de puérperas que realizaram exame ginecológico.

Denominador: Número de puérperas cadastradas no programa no período.

Meta 2.4: Avaliar o estado psíquico em 100% das puérperas cadastradas no Programa

Indicador 2.4: Proporção de puérperas com avaliação do estado psíquico.

Numerador: Número de puérperas que tiveram o estado psíquico avaliado.

Denominador: Número de puérperas cadastradas no programa no período

Meta 2.5: Avaliar intercorrências em 100% das puérperas cadastradas no Programa.

Indicador 2.5. Proporção de puérperas com avaliação para intercorrências.

Numerador: Número de puérperas avaliadas para intercorrências.

Denominador: Número de puérperas cadastradas no programa no período.

Meta 2.6: Prescrever a 100% das puérperas um dos métodos de anticoncepção.

Indicador 2.6. Proporção de puérperas que receberam prescrição de alguns métodos de anticoncepção.

Numerador: Número de puérperas que receberam prescrição de métodos de anticoncepção.

Denominador: Número de puérperas cadastradas no programa no período.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das mães ao puerpério.

Meta 3.1: Realizar busca ativa em 100% das puérperas que não realizaram a consulta de puerpério até 30 dias após o parto.

Indicador 3.1: Proporção de puérperas que não realizaram a consulta de puerpério até 30 dias após o parto e que foram buscadas pelo serviço.

Numerador: Número de puérperas que não realizaram a consulta de puerpério até 30 dias após o parto e que foram buscadas pelo serviço.

Denominador: Número de puérperas identificadas pelo Pré-natal ou pela Puericultura que não realizaram a consulta de puerpério até 30 dias após o parto.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro na ficha de acompanhamento do Programa 100% das puérperas.

Indicador 4.1: Proporção de puérperas com registro na ficha de acompanhamento do Programa.

Numerador: Número de fichas de acompanhamento de puerpério com registro adequado.

Denominador: Número de puérperas cadastradas no programa no período.

Objetivo 5: Promover a saúde das puérperas.

Meta 5.1: Orientar 100% das puérperas cadastradas no Programa sobre os cuidados do recém-nascido.

Indicador 5.1: Proporção de puérperas que receberam orientação sobre os cuidados do recém-nascido.

Numerador: Número de puérperas que foram orientadas sobre os cuidados do recém-nascido.

Denominador: Número de puérperas cadastradas no programa no período.

Meta 5.2. Orientar 100% das puérperas cadastradas no Programa sobre aleitamento materno exclusivo.

Indicador 5.2: Proporção de puérperas que receberam orientação sobre aleitamento materno exclusivo.

Numerador: Número de puérperas que foram orientadas sobre aleitamento materno exclusivo.

Denominador: Número de puérperas cadastradas no programa no período.

Meta 5.3. Orientar 100% das puérperas cadastradas no Programa sobre planejamento familiar.

Indicador 5.3: Proporção de puérperas com orientação sobre planejamento familiar.

Numerador: Número de puérperas que foram orientadas sobre planejamento familiar.

Denominador: Número de puérperas cadastradas no programa no período.

### **2.3.3 Logística**

Será realizada antes de iniciar a intervenção a impressão de 15 protocolos dos Cadernos de Atenção Básica nº 32, do ano 2012, de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, ou seja, um manual para cada membro da equipe de saúde, com o objetivo de garantir a autopreparação de cada um deles. A responsabilidade de garantir este material será da gerente do nosso CS e do gestor municipal em saúde. Serão utilizadas as fichas-espelho de pré-natal e de puerpério disponibilizadas pelo curso e a gerente do CS e o gestor municipal ficarão responsáveis pela impressão. É importante assinalar que a minha unidade não é informatizada, e não se trabalha com prontuários eletrônicos.

Para realizar a intervenção utilizaremos os Cadernos de Atenção Básica nº 32, de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco do ano 2012, que serão impressos como mencionado anteriormente, e o Manual Técnico para atendimentos à Gestação de Alto Risco do ano 2010, ambos elaborados e providenciados pelo MS. Além disso, serão usados os cartões das gestantes e os prontuários das gestantes e puérperas, assim como as fichas espelho que ficarão disponíveis no CS, na sala da recepção. Estas fichas não possibilitam a coleta de algumas das informações das gestantes que necessitamos, por exemplo: acompanhamento da saúde bucal. A gerente do CS, o médico e a enfermeira da equipe, elaborarão uma ficha complementar para coletar todos esses indicadores necessários para o monitoramento da intervenção. Pretendemos atingir como meta a realização desta intervenção em 68 gestantes. A gerente do nosso CS e o gestor em saúde do município providenciará todo o material que precisamos, ou seja, as 68 fichas-espelho e as 68 fichas complementares, que serão anexadas à fichas-espelho. Será utilizada a planilha eletrônica de coleta de

dados para o acompanhamento mensal do processo da intervenção. Para isto serão usados tanto o computador do CS como computador pessoal.

A gerente do CS, o médico, a enfermeira da equipe e os funcionários de saúde da sala de recepção/acolhimento, revisarão o livro de registro de atendimento diário, para organizar o registro específico do programa, e para identificar as mulheres que receberam o atendimento pré-natal no último mês no CS. Para isso, serão localizados os prontuários dessas gestantes, extraíndo as informações que ali aparecem, para depois coloca-las nas fichas-espelho. Neste momento, será realizado o primeiro monitoramento, mas, para isto deverá ser colocado tudo sobre: número e qualidade de consultas, exames clínicos e laboratoriais indicados e avaliados, assim como as vacinas em atraso.

A gerente do CS, o médico, a dentista, o técnico do consultório dentário da equipe e os funcionários da sala de recepção/acolhimento do CS realizarão o monitoramento quinzenal das ações avaliando os seguintes registros: fichas-espelho o, cartão de pré-natal da gestante, cartão de vacinação, livro de registro odontológico, livro de registro das visitas domiciliares, cartão espelho a ser implantado, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e ficha do SISPRENATAL, que já foram elaboradas e adquiridas.

A gerente, o médico, a dentista e o técnico do consultório dentário da equipe, os funcionários da sala de recepção/acolhimento, os 8 ACS e as técnicas de enfermagem da sala de vacinas realizarão o cadastro das gestantes da área adstrita, através do registro diário no SISPRENATAL no nosso serviço das usuárias que chegarem, com diagnóstico definitivo de gestação em qualquer trimestre, mesmo que tenha sido detectada em outras instituições de saúde. Estas, antes de serem cadastradas deverão ser avaliadas pelo médico ou enfermeira da equipe, comprovando este diagnóstico clinicamente e com resultado do teste de gravidez positivo. Aqui serão inclusas as usuárias que durante as avaliações nas consultas ou visitas domiciliares lhes seja comprovado gravidez, apesar de não existir atraso menstrual, o que seria um achado fortuito. Se durante as visitas domiciliares os ACS detectarem alguma mulher com atraso menstrual, mesmo em ausência de sinais ou sintomas de gravidez, com interesse especial naquelas que apresentarem sinais e sintomas de gravidez e atraso menstrual, o informarão imediatamente aos outros responsáveis do cadastro, para acompanhá-la e realizar o exame físico e o teste de gravidez até confirmar a gravidez. Estas usuárias receberão atendimento agendado e

prioritário no turno da sua preferência, manhã ou tarde, para isto será disponibilizadas 5 vagas cada dia e em cada turno. A gerente e o gestor municipal em saúde serão os responsáveis de garantir os testes confirmatórios de gravidez.

Quando existir indisponibilidade deste recurso no CS as gestantes serão encaminhadas para o laboratório do hospital, onde lhes será realizado com prioridade. Isto já foi analisado em reuniões anteriores da equipe onde foi convidado o diretor do hospital e o responsável pelo laboratório do hospital, onde se determinou que estes, unidos à gerente do nosso CS e o gestor municipal em saúde são os responsáveis pelo cumprimento dessa ação. Além disso, nessas reuniões com o diretor do hospital, o responsável do laboratório, a gerente e o gestor em saúde do município, têm sido tratados vários temas: disponibilidade dos recursos necessários para realizar os exames do acompanhamento ao pré-natal, tais como: hemograma completo, tipagem do grupo sanguíneo, teste de coombs se houver risco de conflito sanguíneo, glicemia em jejum, exame de urina e de fezes, e os exames em caso de presença de síndrome infecciosa vaginal, por exemplo: teste rápido de HIV e Hepatite B e C. Também foi analisada a disponibilidade de medicamentos para atender as urgências hipertensivas e comas diabéticos que se apresentarem, como parte do atendimento às intercorrências.

A cobertura do pré-natal será monitorada quinzenalmente pela gerente, pelo médico e pela enfermeira, através da revisão das fichas-espelho, 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 do SISPRENATAL. Na reunião semanal da equipe, serão repassados os nomes de gestantes faltosas às consultas dos médicos ou das enfermeiras, ou à reunião coletiva, para que sejam visitadas no dia depois da reunião, pelo ACS, médico e enfermeira, utilizando a moto da unidade e os transportes particulares do ACS.

Os registros dos exames ginecológicos, de mamas, prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso serão realizados pelo profissional que atender a gestantes e serão registrados nas filhas-espelho, prontuários, agenda de intervenção e cartão da gestante. Estes dados serão avaliados semanalmente pelo médico e a enfermeira. A gerente, o responsável da farmácia da unidade e o gestor municipal de saúde, serão os responsáveis de solicitar e providenciar tanto o ácido fólico quanto o sulfato ferroso semanalmente, levando em conta o total de usuárias cadastradas no SISPRENATAL,

mas, o pedido não poderá ser feito na quantidade exata, sempre serão solicitados um extra que poderá tratar a cinco usuárias que sejam de novo cadastro.

O acompanhamento da solicitação e realização dos exames previstos no protocolo será realizado a cada semana pelo médico e a enfermeira da equipe do nosso CS, e será anotado nos registros já mencionados. Para isto, já contamos com modelagem tanto das fichas quanto da solicitação de exames, que foi providenciada pela gerente do CS e o gestor em saúde do município. Esses funcionários serão os responsáveis de manter a quantidade suficiente desses recursos, o tempo que a tarefa for realizada. Além disso, foram fornecidos na quantidade suficiente os cartões de vacina para investigação das doses realizadas tanto de Antitetânica como de Hepatite B. As técnicas de enfermagem responsáveis pela sala de vacina realizarão o monitoramento desses dados. Para o funcionamento adequado deste programa e a aplicação desta estratégia de intervenção todos os membros da equipe continuarão sendo capacitados no CS em todas as ações que envolvem o desenvolvimento deste programa. Será disponibilizada uma hora para a realização da capacitação pela gerente, o médico, a dentista e a enfermeira durante as reuniões de cada semana na que participam o resto dos membros da equipe. Na capacitação serão usados vários recursos, tais como: um manual impresso para cada membro da equipe, uma caneta e um caderno para cada membro da equipe, power point e videoconferências com cada tema, computador do CS, data show da SMS. A gerente e o gestor municipal serão responsáveis de fornecer estes recursos. Cada membro da equipe estudará uma parte de cada protocolo e terá que compartilhar suas dúvidas e ideias sobre esse conteúdo com outros membros da equipe. Ao final, este tema será discutido por todos os membros que desejarem participar. Além disso, o médico e a enfermeira realizarão perguntas para consolidar os conhecimentos sobre o tema tratado, mas, não serão perguntas de caráter avaliativo, serão somente para facilitar a discussão do tema livremente.

A comunidade será esclarecida sobre todas as ações que serão realizadas como parte da aplicação desta estratégia de intervenção, através da realização de palestras à população, todos os dias, seja dentro do CS na sala de espera dos usuários ou durante as visitas domiciliares. Cada um dos membros da equipe de saúde do CS realizará palestras, ou seja, cada dia palestrará um profissional de saúde do CS diferente. As palestras envolvem os diferentes temas relacionados com o atendimento ao pré-natal tanto de alto como de baixo risco. Cada membro da equipe

durante a reunião semanal da equipe saberá antecipadamente, o dia da sua palestra para que possa prepará-la com qualidade. Para realizar a palestra, o profissional utilizará os recursos visuais do CS, tais como: televisão e DVD. O palestrante poderá usar outros métodos que quiser, mas, deve informá-lo à gerente da unidade antes de realizar a palestra.

As puérperas serão visitadas no seu domicílio até o 42º dia de pós-parto, pelo médico, enfermeira e ACS responsável pela área onde moram. Será aproveitado o espaço das duas frequências de visitas domiciliares, dando prioridade a estes casos. Será utilizado tanto o transporte particular do ACS responsável pela área onde mora a usuária, como a moto da unidade. Os ACS são os responsáveis de informar ao restante da equipe todos os dias e nos dois turnos a ocorrência de complicações nas puérperas, assim como da saída da usuária do hospital e chegada ao seu domicílio. As ações desenvolvidas no eixo Organização da Gestão do Serviço serão coordenadas pela gerente, médico e enfermeira, porém, todos os profissionais deverão ser envolvidos.

### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitar aos profissionais do CS sobre o protocolo de atenção ao pré-natal e puerpério	x															
Estabelecer em reunião de equipe o papel de cada profissional no cumprimento do projeto	x															
Cadastrar e realizar o atendimento clínico das gestantes e puérperas cadastradas no programa	x	x	X	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Contatar as lideranças comunitárias	x				X				x				x			
Realizar busca ativa das gestantes e puérperas faltosas a consulta de acompanhamento		x	X	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitorar a intervenção		x		x		x		x		x		x		x		x

A apresentação dos resultados para equipe, gestores e comunidade acontecerá nas respectivas datas: 29/07/2015 e 30/07/2015.

### **3 Relatório da Intervenção**

Com o objetivo de melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério no CS Mãe Laurinda, Manicoré/AM, realizamos uma estratégia de intervenção que durou três meses, dos quatro que inicialmente foram previstos, por causa de reajustes no programa de estudos da UFPel. No primeiro mês, foram acompanhadas 32 gestantes das 49 da área de cobertura, e atingimos 65,3% de cobertura, no segundo mês foram acompanhadas 42 gestantes das 42 da área, atingindo 100%, e no terceiro mês, também encerramos com 38 gestantes na área e 38 gestantes acompanhadas, e atingimos 100% de cobertura. No primeiro mês, no caso das puérperas, percebemos que foram avaliadas 11 puérperas das 11 que tínhamos na nossa área, atingindo 100%, no segundo mês, ficamos com 20 puérperas, e no mês 3 tivemos 17 puérperas na área e todas foram acompanhadas, mantendo 100% de cobertura.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Nestas 12 semanas de intervenção, a equipe realizou todas as ações previstas no cronograma. O cronograma inicial visava apenas na primeira semana: realizar a capacitação dos profissionais do CS sobre o protocolo de atenção ao pré-natal e puerpério e estabelecer em reunião da equipe o papel de cada profissional no cumprimento da intervenção. Neste cronograma, pretendia-se realizar semanalmente o cadastro e atendimento clínico de todas as gestantes e as puérperas da área de abrangência, e realizar semanalmente a partir da segunda semana a busca ativa das gestantes e puérperas faltosas a consulta de acompanhamento. Além disso, a equipe decidiu que o contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da

ação programática e solicitar apoio para a captação das gestantes e puérperas e para as outras estratégias que seriam implementadas, seria realizado a cada três semanas, e que o monitoramento da intervenção, seria realizado a cada quinze dias logo após da primeira semana.

Durante a intervenção a equipe achou necessário mudar este cronograma, porque, não se ajustava nem às necessidades da equipe, nem às exigências da própria intervenção, portanto, decidimos que todas estas ações deveriam ser realizadas semanalmente.

Antes de iniciar a intervenção entreguei e discuti com o gestor municipal uma lista com os recursos necessários para o bom funcionamento da intervenção, e apesar de colocarem um gestor para monitorar os avanços da intervenção desde a primeira semana, durante as 12 semanas da intervenção faltaram quase todos os recursos solicitados, o que foi detectado no monitoramento semanal da intervenção, só nos foi entregue as fichas espelho.

Apesar de tudo, a equipe conseguiu realizar todas as ações previstas na intervenção. Os atendimentos clínicos das usuárias de ambos os programas foram feitos pelo médico e pela enfermeira da equipe. Para garantir boa qualidade destes atendimentos foi necessário mudar o cronograma dos atendimentos diários do CS que existia antes do início da intervenção, portanto, as vagas foram disponibilizadas da seguinte forma: na segunda-feira nos dois turnos e na terça-feira de manhã, 12 vagas eram agendadas, 02 para demanda espontânea, 1 para intercorrência das puérperas e 1 para intercorrência das gestantes; na terça-feira e na quinta-feira à tarde eram realizadas as visitas domiciliares às puérperas e às gestantes faltosas a consulta; na quarta-feira e nos dois turnos de atendimento, 10 vagas eram disponibilizadas para o pré-natal, 4 para demanda espontânea, 1 para intercorrência de puérpera e 1 para intercorrência de gestante; na quinta-feira de manhã, 5 vagas eram disponibilizadas para consulta de planejamento familiar, 5 para atendimento à criança, 4 para demanda espontânea, 1 para intercorrência de puérperas e 1 para intercorrência de gestantes. Além disso, a equipe fortaleceu o vínculo com o NASF, através, por exemplo, da colaboração da psicóloga para avaliar aquelas usuárias com transtornos nervosos, e também da nutricionista naquelas com sobrepeso, obesas, e com valores elevados de triglicérides e colesterol.

Durante a intervenção utilizamos o espaço das visitas domiciliares para recuperar os atrasos em consultas das gestantes e puérperas faltosas e para realizar

o cadastramento das gestantes. O cadastramento das gestantes foi realizado todos os dias, pelo médico, pela enfermeira e pelos ACS, tanto no CS como durante as visitas domiciliares. A realimentação entre o hospital e o nosso CS em relação à evolução das usuárias internadas de ambos os programas, facilitou a realização da visita domiciliar.

Durante a intervenção houve indisponibilidade de recursos materiais e escassez de aparelhos no serviço odontológico do nosso CS, portanto, não foi possível realizar nem consultas de avaliação, nem de acompanhamento odontológico, somente conseguimos identificar aquelas usuárias com necessidade de atendimento. O serviço ficou parado durante a intervenção, porém, na última semana, já estava funcionando, mas, devido ao racionamento da energia que atualmente enfrenta o município, foi difícil e demorado o processo de recuperação dos atrasos no atendimento odontológico. Apesar disso, incrementou-se o número de gestantes enviadas a este serviço para receberem a primeira consulta de avaliação e acompanhamento odontológico. A equipe conseguiu estabelecer uma parceria com o serviço odontológico, que permitiu acordar prioridades dentro dos atrasos, o que fortaleceu o processo de identificação de casos para atendimento prioritário, e a realimentação entre nossa equipe e a equipe odontológica em relação às gestantes e puérperas de nossa área que recebem atendimento odontológico. Além disso, isto permitiu identificar melhor as faltosas à primeira consulta com a equipe odontológica, o que melhorou o processo de recuperação de pelo menos a primeira avaliação odontológica durante a visita domiciliar, e também incrementamos o número de atendimentos para as gestantes e as puérperas pelo médico e a dentista, desmitificando a ideia de que estas usuárias somente deverão ser avaliadas pelo médico ou pelo serviço odontológico quando intercorrências.

As capacitações aos profissionais do CS sobre o protocolo de atenção ao pré-natal e puerpério, o estabelecimento do papel de cada profissional no cumprimento da intervenção e a capacitação dos ACS para busca ativa das gestantes e puérperas faltosas foram realizadas conforme o cronograma da intervenção. Foram realizados 12 encontros, ou seja, 1 em cada semana, debatendo sobre: a importância da captação precoce das gestantes, pré-natal e puerpério normais, sinais e sintomas de alarme no pré-natal e puerpério, importância e técnicas para uma amamentação saudável, DST no pré-natal e no puerpério e importância da realização da consulta de planejamento familiar dentro do puerpério, nutrição adequada durante o pré-natal e o

puerpério, importância do atendimento odontológico na gestante, quais as coisas que deve levar a gestante ao hospital se apresentar trabalho de parto, e os mitos e realidades sobre fazer sexo durante o pré-natal e no puerpério. Todos os funcionários da equipe foram capacitados em relação ao uso e a importância das fichas-espelhos. Todas estas ações foram realizadas pela enfermeira e o médico da equipe. Também é importante assinalar que conseguimos a integração da intervenção com outras intervenções de saúde, como aconteceu na segunda e na nona semana da intervenção. Na segunda semana o CS participou em um estudo de capacitação sobre planejamento familiar realizada pelos estagiários da UEA, o que fortaleceu a cooperação do CS no processo de formação acadêmica e de ensino em saúde; trocamos as nossas experiências e conhecimentos adquiridos na intervenção da intervenção com as UBS do município. Na nona semana o CS participou da 1ª Semana da Enfermagem, patrocinada pela SMS e pelo hospital municipal, que teve como tema: “Enfermagem, a vida como prioridade”, a minha equipe participou com o tema: “Gestação Saudável”.

O contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática e solicitar apoio para a captação das gestantes e puérperas e para as outras estratégias implementadas foi desenvolvido a cada semana, através do contato semanal da enfermeira e do médico com as lideranças comunitárias durante as visitas domiciliares e no CS. Além disso, semanalmente o médico da equipe manteve o contato com o gestor municipal em saúde, no qual foram analisadas as necessidades da intervenção, deficiências e resultados.



Figura 4: Fotografia: Reunião da equipe com as lideranças comunitárias e as gestantes da área de abrangência.

A verificação da disponibilidade dos antianêmicos na farmácia e a solicitação de pedidos em relação às necessidades do CS foi realizada a cada semana pelo médico, enfermeira, gerente do CS e o funcionário da farmácia.

O monitoramento e a avaliação da intervenção foram realizados pelo médico e pela enfermeira conforme o novo cronograma. Foi monitorado o funcionamento de forma geral de ambos os programas, para isso a equipe realizou uma reunião semanal e uma discussão preparatória para a reunião, que são realizadas pelo médico e pela enfermeira. Além disso, o médico e a enfermeira revisavam com frequência os arquivos da intervenção. Também é importante assinalar que conseguimos localizar essas fichas-espelhos dentro da recepção, em duas pastas separadas, com cores diferentes para gestantes e puérperas, e com o rótulo que identifica o programa. Foi determinado que as fichas-espelhos das gestantes, quando passarem à puérperas, serão colocadas na pasta das puérperas e as fichas das puérperas que completarem 42 dias pós-parto serão anexadas aos seus prontuários.

As ações educativas com as gestantes e puérperas foram realizadas semanalmente, conforme o cronograma. As palestras e ações de promoção em saúde foram direcionadas a solucionar as dificuldades em saúde detectadas durante o processo de atendimento, tanto no CS quanto na área de abrangência, contando com a participação de outros membros da equipe, desmitificando assim a ideia de que as palestras e as ações em saúde somente são do médico ou da enfermeira.



Figura 5- Fotografia: Atividades educativas com as gestantes da nossa área de abrangência na sala de espera do Centro de Saúde.

Foram realizadas duas palestras na área de abrangência, uma na igreja Assembleia de Deus, e a outra no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em ambas participaram membros equipe, gestantes e puérperas da nossa área de abrangência.



Figura 6- Fotografia: Atividade educativa com a comunidade realizada na igreja Assembleia de Deus.

Além disso, foram realizadas 12 palestras no CS, ou seja, uma por semana, aproveitando o dia da consulta de pré-natal. Os temas escolhidos foram: nutrição adequada, prevenção das DST, importância do planejamento familiar, apresentação do preservativo como o método mais eficaz no planejamento familiar e na prevenção das DST e vantagens do uso, cuidados do recém-nascido e da puérpera, influência negativa das DST durante o pré-natal e puerpério, importância da realização dos testes e do tratamento oportuno ao casal, técnicas corretas de amamentação e vantagens da sua realização para a família, a puérpera, e para o recém-nascido, importância do atendimento odontológico na gestante, quais as coisas que deve levar a gestante ao hospital se apresentar trabalho de parto, e os mitos e realidades sobre fazer sexo durante o pré-natal e no puerpério. Estes temas foram desenvolvidos pela enfermeira, o médico e o técnico em enfermagem que realiza os testes rápidos para a detecção das DST. Convidamos oficialmente aos membros do NASF que apoiam nosso CS, e lhes sugerimos os temas que poderiam ter sido desenvolvidos, infelizmente eles não participaram durante a intervenção, mas, vão participar nas próximas semanas nas palestras que são desenvolvidas como parte das atividades

do CS. Ainda estamos esperando a aprovação do nosso gestor municipal em saúde para liberar a participação do NASF.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Todas as ações previstas para serem realizadas durante a intervenção foram desenvolvidas adequadamente. A única exceção foi o atendimento odontológico, que não foi realizado durante as primeiras semanas no CS devido à indisponibilidade de recursos e dificuldades no funcionamento dos aparelhos do serviço, porém, foi realizado na última semana da intervenção após regularização do serviço.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Não houve dificuldades na coleta e sistematização de dados na ficha-espelho, mas, houve dificuldade no fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo dos indicadores, porque, existem situações próprias da planilha que não favorecem estas duas últimas ações, exemplo: no espaço dados do CS da planilha de coleta de dados do pré-natal não existe um espaço que permita ir mudando o quantitativo de gestante a cada mês, o que impede de revelar a cobertura real de cada mês. Não houve dificuldade com a realização dos diários, além disso, com estes a equipe conseguiu analisar e refletir sobre os acertos e dificuldades durante o processo da intervenção. Também não houve problemas com as fotos ao longo da intervenção, porque, usamos o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO D), e as pessoas autorizaram a usar as fotos, certamente, foram muito importantes para descrever os resultados da intervenção.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

A equipe tem incorporado às ações realizadas na intervenção à rotina diária do trabalho do CS em relação ao programa de pré-natal e do puerpério. Para fortalecer a incorporação das ações realizadas na intervenção à rotina do CS vamos manter os aspectos que estão funcionando adequadamente, que são: realização da reunião semanal com a equipe e uma discussão preparatória para a reunião; as melhorias no acolhimento; cadastramento e acompanhamento das gestantes e puérperas segundo o padronizado pelo MS, para realizar isso cada uma destas usuárias tem o dia de consulta agendado e planejado segundo um cronograma de atendimento, dando prioridade na avaliação destas usuárias e tanto as gestantes como as puérperas estão recebendo uma consulta com a enfermeira e uma com o médico; incorporação do espaço da visita domiciliar para realizar o cadastramento, acompanhamento e resgate das usuárias faltosas de ambos os programas; realimentação entre o hospital e o nosso CS em relação a evolução das usuárias internadas de ambos os programas; visita pelo médico, enfermeira e ACS às gestantes que apresentarem parto cesáreo e critério de internação maior que 7 dias no hospital até serem liberadas para a área de abrangência; traslado das usuárias de ambos os programas para o hospital está sendo realizado usando a ambulância do hospital; palestras realizadas com as gestantes e puérperas, levando em conta os problemas de saúde que mais afetam estas usuárias; contato com as lideranças comunitárias através da divulgação dentro da comunidade das ações da intervenção ; e vínculo com o NASF. Também elaborei duas fichas, uma para cada programa, para serem usadas no seguimento das ações no CS. Ambas contêm todas as gestantes e puérperas, com as informações de todos indicadores da intervenção, o que torna mais cômodo o acompanhamento desses programas, porque, por aí sairá à listagem dos atendimentos de cada semana. Esta listagem poderá ser entregue ao pessoal da recepção com antecedência, facilitando o trabalho de consulta de ambos os programas. Além disso, esta planilha tem melhorado o controle e monitoramento que a minha equipe faz das vacinas, odontologia e de busca ativa às faltosas.

Pretendemos continuar realizando um resumo ou relatório com os dados de cada mês, com o objetivo de continuar monitorando todos os indicadores de ambos

os programas após o fim da intervenção. Então, os dados obtidos a cada mês desde o início da intervenção até o final do ano serão arquivados numa pasta, que serão colocadas na gaveta do armário que contém as informações das puérperas, com os dados de cada ano. Com isso, poderemos realizar uma avaliação do trabalho anual, para direcionar e organizar o trabalho da equipe nestes programas.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Para que a gestação transcorra com segurança, são necessários cuidados da própria gestante, do parceiro, da família e, especialmente, dos profissionais de saúde. A atenção básica na gestação inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e após parto. Convém ressaltar, que a melhoria da assistência à saúde da gestante, depende não apenas das ações do MS, mas também da atenção que cada profissional dedica à sua usuária (BRASIL, 2012).

Pré-natal:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de pré-natal.

Meta 1.1: Alcançar 100% de cobertura das gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal da unidade de saúde.

No primeiro mês da intervenção, segundo os dados da planilha final, foram acompanhadas 32 gestantes de 42 que tínhamos na nossa área, atingindo 76,2% de cobertura, porém, segundo a 4ª planilha de coleta de dados, nesse mês foram acompanhadas 32 gestantes das 49 da área, atingindo 65,3%. Isto aconteceu, porque, na planilha de coleta de dados de pré-natal o denominador é o mesmo para todos os meses, quando na realidade deveria ser o numerador e o denominador de cada mês,

mas, a planilha tem essa dificuldade. No segundo mês ficamos com 42 gestantes na área de abrangência e todas foram avaliadas, representando 100% de cobertura. No terceiro mês tivemos 38 gestantes na área e 38 gestantes acompanhadas, portanto, atingimos 100% de cobertura, porém, na planilha tive que colocar 42 gestantes na área de abrangência, porque, se não a porcentagem de cobertura do segundo mês estaria acima de 100%, por causa disso, aparece que atingimos 90,5% de cobertura.

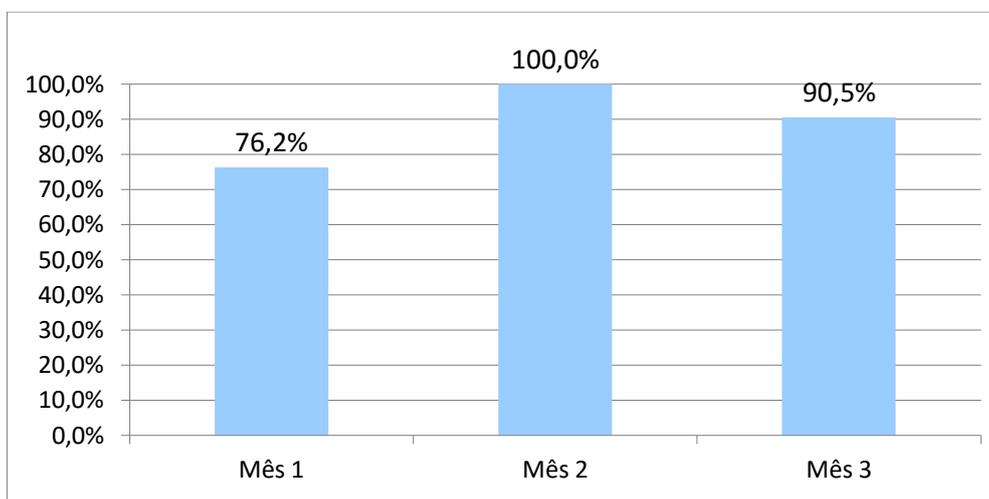


Figura 7- Gráfico indicativo da proporção de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal no Centro de Saúde Mãe Laurinda, Manicoré – AM, 2015.

As ações da intervenção permitiram incrementar o número de gestantes que foram cadastradas no CS, e consolidou o trabalho que a equipe vinha realizando antes da intervenção. Na verdade a equipe não apresentava muitas dificuldades para cadastrar as gestantes, o problema era para organizar os atendimentos segundo os protocolos do MS, o que estava relacionado com as falhas no acolhimento, no monitoramento e na avaliação do processo de atendimento.

Com o objetivo de melhorar o acompanhamento de pré-natal e para evitar os atrasos no início do pré-natal, durante este período a nossa equipe ofereceu a primeira consulta de pré-natal a gestantes de outras áreas de saúde, mas, não foram cadastradas nos registros do programa. Logo após o atendimento foram encaminhadas para a UBS da sua área de abrangência. Isto foi tomado como acordo na reunião de apresentação da intervenção com todas as equipes das unidades de saúde do município.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizado na Unidade.

Meta 2.1: Garantir 100% das gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre.

No primeiro mês, tivemos 59,4% (n=19) de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, porém, no segundo e no terceiro mês, percebe-se uma queda neste indicador representado por 50% (n=21) e 47,4% (n=18), respectivamente. Embora a equipe tenha realizado todas as ações previstas na intervenção, não conseguimos que todas as gestantes da nossa área iniciassem o pré-natal no primeiro trimestre, o que coincide com o estudo de Hass, Teixeira e Beghetto (2013), que registrou início do pré-natal no primeiro trimestre em apenas 52% das participantes da pesquisa.

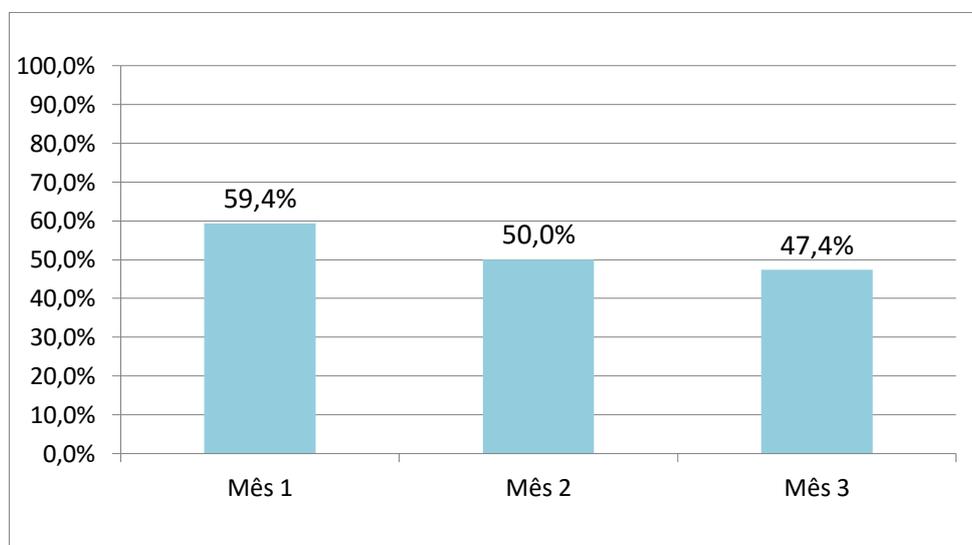


Figura 8- Gráfico indicativo da proporção de gestantes com ingresso no Primeiro Trimestre da gestação, Centro de Saúde Mãe Laurinda, Manicoré – AM, 2015.

A proporção de gestantes com ingresso no primeiro trimestre da gestação durante da intervenção foi baixa. Neste período houve várias usuárias que se mudaram para nossa área para iniciar o controle de pré-natal e estavam cursando o segundo o terceiro trimestre da gestação, o que certamente influenciou negativamente neste indicador. Além disso, houve usuárias que foram detectadas no início da gestação durante as visitas domiciliares e lhes foi explicada a importância e os benefícios do início do pré-natal no primeiro trimestre da gestação, mesmo assim, elas

não aceitaram iniciar precocemente o pré-natal. Também houve indisponibilidade no nosso CS do teste confirmatório urinário, apesar de que foi solicitado à gestão, e demora na realização do teste sanguíneo confirmatório, o que influenciou nos resultados obtidos. O município conta apenas com o laboratório do hospital municipal, que funciona somente pela manhã, para atender a demanda de todos os exames laboratoriais do município, demonstrando que com um laboratório funcionando somente em um turno não é possível garantir um acompanhamento em saúde de qualidade.

As deficiências no programa de planejamento familiar foi outra das causas que influenciaram neste indicador. Na intervenção observamos falta de controle com métodos anticoncepcionais das puérperas sexualmente ativas, e da população feminina adolescente da nossa área de abrangência que entrou no período fértil e que estava ou não sexualmente ativa, além disso, houve indisponibilidade dos recursos deste programa no CS.

Meta 2.2: Realizar pelo menos um exame ginecológico por trimestre em 100% das gestantes.

É muito importante a realização de pelo menos um exame ginecológico por trimestre, porque, ajuda na detecção tanto do câncer de colo de útero quanto da infecção vaginal nas gestantes. As evidências atuais indicam que as gestantes apresentam chance três vezes maior de serem diagnosticadas como portadoras de lesões em estágio inicial do câncer de colo de útero, visto que nesse período os exames vaginais são mais frequentes (GONÇALVES, DUARTE, COSTA ET AL, 2011).

Apesar da nossa equipe realizar todas as ações previstas, durante estes três meses de intervenção, observamos que atingimos apenas 50% neste indicador, sendo que no primeiro mês tivemos 16 gestantes avaliadas neste aspecto, no segundo mês 21 e no terceiro mês 19.

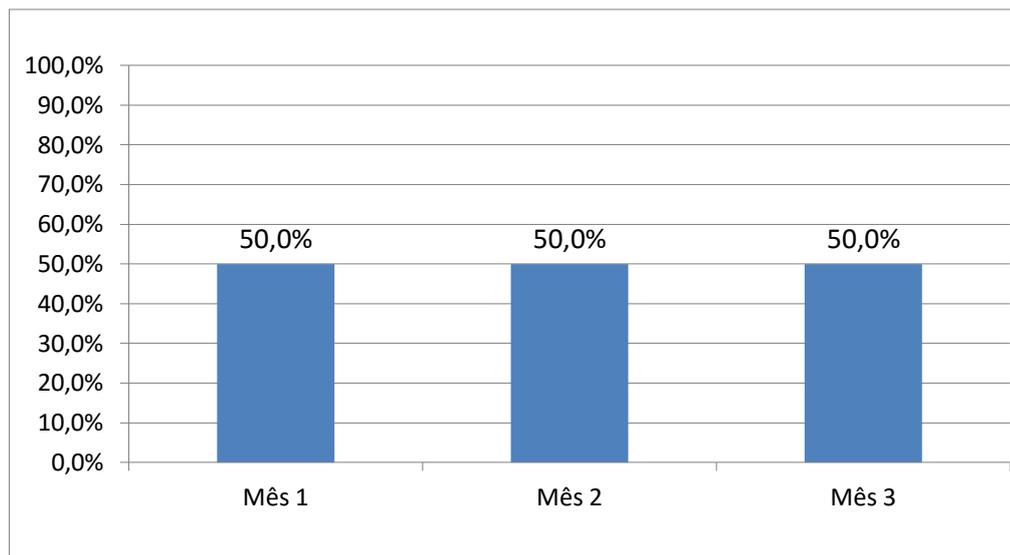


Figura 9- Gráfico indicativo da proporção de gestantes com pelo menos um exame ginecológico por trimestre, Centro de Saúde Mãe Laurinda, Manicoré – AM, 2015.

Durante este período a equipe realizou várias palestras garantindo o conhecimento sobre a importância da realização da avaliação ginecológica em cada trimestre da gestação e a coleta do preventivo para todas as gestantes da nossa área de abrangência. Algumas usuárias se recusaram a fazer tanto o exame ginecológico quanto o pré-natal, devido principalmente a: não gostarem mesmo sabendo a importância, sentiam vergonha ou medo de realizá-lo por estarem grávidas, ou relatavam dores durante a sua realização, indo ao encontro dos achados da pesquisa de Gonçalves, Duarte, Costa et al (2011). Por causa disso, penso que o número de atividades educativas que foram realizadas foi insuficiente, portanto, a equipe deverá incrementar o número e a diversidade destas atividades para estimular as usuárias a realizar o exame ginecológico e o preventivo.

Durante este período, nos exames ginecológicos realizados detectamos várias usuárias com infecção vaginal. Todas receberam tratamento adequado segundo o padronizado pelo MS, porém, em alguns casos foi difícil indicar o tratamento pela indisponibilidade dos medicamentos no CS, mas, conseguimos resolver esta situação através da parceria que fizemos durante a intervenção com o Hospital municipal, porque, encaminhamos para este estabelecimento de saúde as pacientes que não tinham condição econômica para que lhes fosse entregue os medicamentos.

Meta 2.3: Realizar pelo menos um exame de mamas em 100% das gestantes.

Durante a intervenção realizamos o exame da mama em todas as consultas para pesquisar tanto a presença de sinais e sintomas relacionados com doenças da mama que poderiam impedir o processo de aleitamento, quanto daqueles relacionados com o câncer da mama. Câncer de mama associado à gravidez é definido como aquele diagnosticado durante a gestação, lactação ou no primeiro ano após o parto. É uma situação clínica rara e desafiadora, com incidência variando de 1:3000 a 1:10.000 gestações (MONTEIRO, MENEZES, NUNES et al, 2014).

A equipe realizou pelo menos um exame das mamas nas 32 gestantes acompanhadas no mês 1, nas 42 gestantes do mês 2 e nas 38 do mês 3, o que nos permitiu atingir durante estes três meses da intervenção 100% neste indicador.

Durante este período a equipe realizou muitas atividades de promoção em saúde tanto no CS quanto durante as visitas domiciliares, para explicar os benefícios da avaliação das mamas para a mulher de qualquer idade, sobretudo para as gestantes e as puérperas, para incentivar o autoexame da mama, destacar e a importância deste exame para detectar precocemente qualquer alteração nas mamas que possa atrapalhar o processo de amamentação, e para garantir uma amamentação saudável. Durante os exames detectamos várias usuárias com bico do seio curto de uma ou de ambas as mamas durante este período, mas, seguindo o padronizado pelo MS para estes casos conseguimos reverter esta situação antes do parto em todos os casos.



Figura 10- Fotografia: Material utilizado na atividade educativa sobre aleitamento materno

Meta 2.4: Garantir a 100% das gestantes a solicitação de exames laboratoriais conforme protocolo.

Os exames laboratoriais avaliam se há anemia, as condições do sistema imunológico através da leucometria, a presença de risco da doença hemolítica isoimune, os anticorpos para a Síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), presença de sífilis, além disso, permitem identificar a presença de infecção urinária, verificar função renal, entre outros (BRANDEN, 2000).

A nossa equipe realizou solicitação de todos os exames laboratoriais de acordo com o protocolo a 100% das gestantes nos três meses da intervenção, ou seja, para as 32 gestantes do primeiro mês, para as 42 do segundo mês e para as 38 do terceiro mês.

Apesar da equipe ter atingido 100% da meta nos três meses, durante a intervenção houve atraso ou demora na realização dos exames o que influenciou negativamente no início precoce do controle de pré-natal, e incrementou o número de faltosas às consultas, porque, as usuárias optaram por não ir à consulta programada até não ter o resultado dos exames. Além disso, não foi possível realizar as ultrassonografias que o protocolo de atendimento exige, porque, não contamos com este serviço no CS, nem foi disponibilizado pelo gestor em saúde. Na última semana da intervenção a prefeitura em parceria com a SMS realizou um contrato com uma das clínicas particulares que oferece este serviço no nosso município para realizar ultrassons obstétricos. Não nos informaram a quantidade de vagas mensais, mas inicialmente foram dadas 15 vagas, as quais foram distribuídas entre as gestantes com menor renda familiar, e que estavam ao término da gestação, o que não coincide com os critérios padronizados no protocolo do MS para realizar os ultrassons obstétricos (BRASIL, 2012).

Meta 2.5: Garantir a 100% das gestantes com a prescrição do sulfato ferroso e ácido fólico conforme protocolo.

É conhecido que tanto o ácido fólico como o sulfato ferroso são complementos vitamínicos e alimentares importantes na prevenção de doenças carências, na formação de tecidos essenciais na gestação, onde ocorre o aumento de produção de hemácias por parte materna e nos tecidos que vão constituir o feto. A deficiência alimentar de ácido fólico é mais frequente em mulheres grávidas, e considera-se que mais de um terço de mulheres no mundo são deficientes de ácido fólico. Também é

importante assinalar que a anemia nutricional por carência de ferro já vem sendo debatida por todo o mundo. No Brasil, 30% das gestantes são acometidas pela anemia nutricional devido à carência de ferro (FERREIRA; GAMA, 2010).

Atingimos 100% na prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico nos três meses da intervenção, ou seja, para as 32 gestantes do primeiro mês, para as 42 do segundo mês e para as 38 do terceiro mês.

Apesar da equipe ter a cada semana verificado na farmácia a disponibilidade do sulfato ferroso e do ácido fólico e realizado o pedido destes recursos à SMS, observamos que houve dificuldades para mantermos uma cobertura desses medicamentos a 100% das nossas gestantes. Este problema foi discutido com os nossos gestores em saúde, e embora tenha melhorado, ainda há indisponibilidade destes recursos.

Meta 2.6: Garantir a 100% das gestantes com vacina antitetânica em dia.

Durante estes três meses de intervenção a equipe obteve o esquema vacinal completo de antitetânica de 24 gestantes no primeiro mês somente, atingindo 75%, no segundo mês de 32 gestantes, representando 76.2%, e no terceiro mês de 27 gestantes 71.1%.

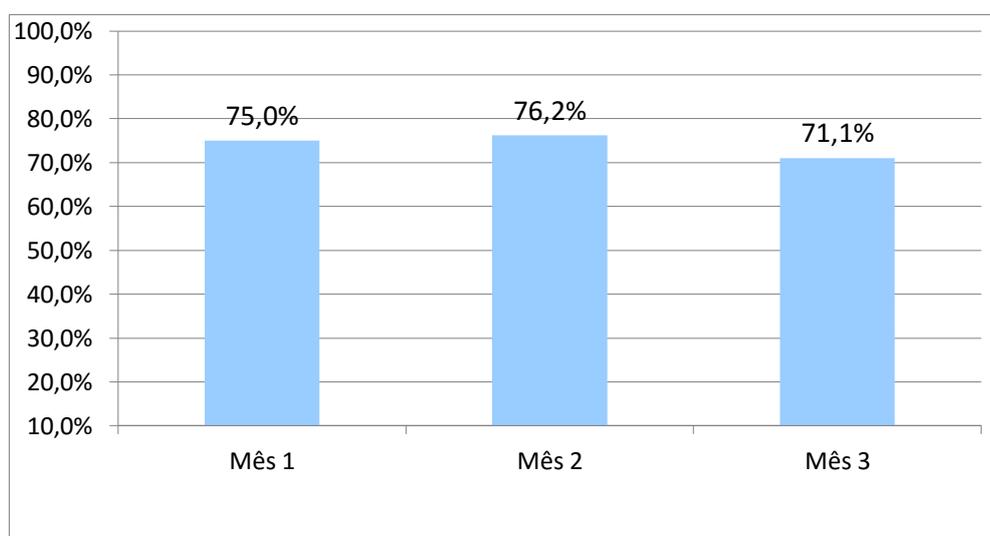


Figura 11- Gráfico indicativo da proporção de gestantes com vacina antitetânica em dia, Centro de Saúde: Mãe Laurinda, Manicoré – AM, 2015.

A equipe tentou recuperar os atrasos desde o primeiro mês, mas, as gestantes não cooperavam com este indicador, porque, não aceitavam tomar as vacinas, o que

está relacionado com a falta de informação que ainda existe nas usuárias sobre a importância das vacinas, portanto, penso que as atividades em saúde que realizou a equipe durante este período sobre este tema não foram suficientes, o que nos leva a pensar que a falha neste indicador foi da equipe. Algumas mães ainda pensam que se as vacinas forem administradas durante a gestação podem trazer prejuízos para o futuro bebê. A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. Não há evidências de que, em gestantes, a administração de vacinas de vírus inativados (raiva humana e influenza, por exemplo), de bactérias mortas, toxoides (tetânico e diftérico) e de vacinas constituídas por componentes de agentes infecciosos (hepatite B, por exemplo) acarrete qualquer risco para o feto (BRASIL, 2012). Portanto, fizemos palestras no CS sobre a importância das vacinas durante o pré-natal e explicamos que não trazem complicações ao futuro bebê. Além disso, retomamos este tema durante as visitas domiciliares visando incrementar o nível de conhecimento das gestantes e dos seus familiares, mas, a resposta delas não foi positiva. Para evitar os atrasos a equipe decidiu vacinar durante as visitas domiciliares, porém, não foi possível vacinar no domicílio as gestantes pendentes, porque, neste período o município enfrentou sérios problemas com a energia, a geladeira onde são conservadas as vacinas não podia ser aberta, portanto, iremos vacinar no domicílio quando esta situação da energia melhorar.

Meta 2.7: Garantir 100% das nossas gestantes com vacina contra hepatite B em dia.

Durante estes três meses de intervenção a equipe obteve o esquema completo da vacina contra a hepatite B de 20 gestantes no primeiro mês somente, atingindo 62,5%, no segundo mês de 28 gestantes, representando 66,7%, e no terceiro mês de 22 gestantes 57,9%.

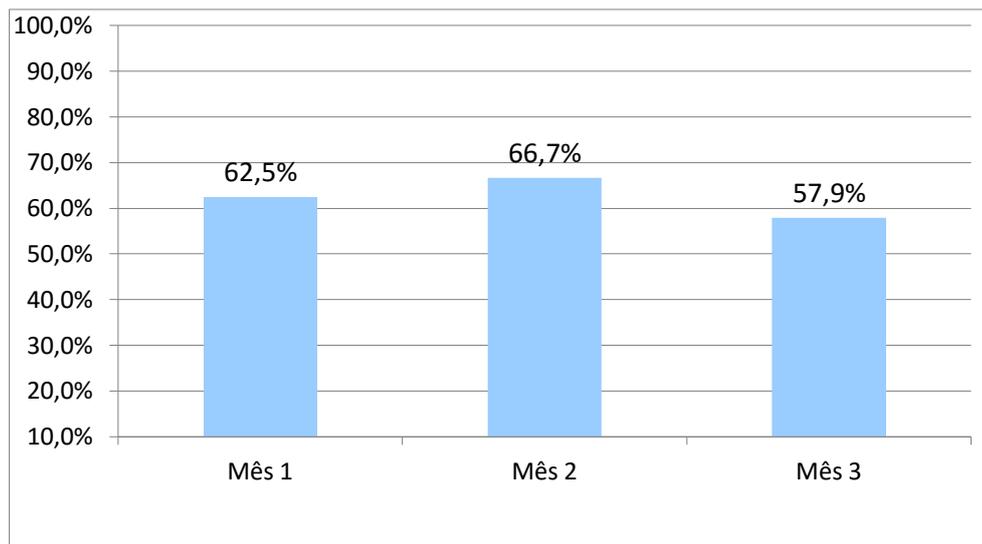


Figura 12- Gráfico indicativo da proporção de gestantes com vacina contra hepatite B em dia, Centro de Saúde Mãe Laurinda, Manicoré – AM, 2015.

Neste caso, a equipe também tentou recuperar os atrasos desde o primeiro mês, mas, aconteceu igual à vacina antitetânica, ou seja, as usuárias não cooperavam com este indicador, porque, não aceitavam tomar as vacinas, o que está relacionado com a falta de informação que ainda existe nas usuárias sobre a importância das vacinas, portanto, penso que as atividades em saúde que realizou a equipe durante este período sobre este tema não foram suficientes, o que nos leva a pensar que a falha neste indicador foi da equipe. Fizemos as mesmas ações que para a vacina antitetânica, ou seja, realizamos palestras no CS e orientações na visita domiciliar, mas, a resposta delas foi negativa. Se compararmos os resultados desta vacina, com os resultados da vacina antitetânica, observamos que foram piores, porque, devemos lembrar que para imunizar com a vacina antitetânica basta apenas de uma dose, porém, para completar o esquema no caso da vacina contra a hepatite B são necessárias três doses.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das gestantes durante o pré-natal.

Nos três meses de intervenção a equipe realizou avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das gestantes, ou seja, nas 32 gestantes do primeiro mês, nas 42 do segundo mês e nas 38 do terceiro mês.

Na primeira consulta de avaliação da gestante é muito importante realizar uma avaliação integral do seu estado de saúde, incluindo a saúde bucal. Nesse sentido, o profissional de saúde, dependendo do grau de informação e da capacidade de transmiti-la, pode estimular ou não o autocuidado do binômio mãe-filho (CODATO, NAKAMA, CORDONI JUNIOR et al, 2011). Baseados neste princípio, durante esta avaliação a equipe aproveitou as consultas e as visitas domiciliares para identificar as necessidades de avaliação odontológica em cada uma das usuárias, para transmitir através das atividades de promoção em saúde conselhos úteis sobre a higiene bucal, e para explicar a importância da primeira consulta odontológica com o objetivo de desmitificar e diminuir os medos em relação a este momento. Durante estas avaliações percebemos que muitas das usuárias apresentavam problemas como cáries, infecções da mucosa bucal e dos dentes, entre outros, e na maioria delas estes problemas seriam resolvidos com mais de cinco consultas de acompanhamento. Neste período muitas das usuárias apresentavam parto e não terminavam o acompanhamento odontológico, porque, o serviço odontológico não funcionou adequadamente por avarias nos aparelhos odontológicos e por falta de energia, também é importante assinalar que por causa disso, a equipe não conseguiu realizar tratamento à família das usuárias.

Meta 2.9: Garantir a primeira consulta odontológica programática para 100% das gestantes cadastradas.

Os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito à grávida, trabalhar em constante interação com os profissionais responsáveis pelo seu atendimento (BRASIL, 2006). Em relação à primeira consulta odontológica programática, atingimos no primeiro mês 28.1%, com 9 gestantes consultadas, no segundo mês 19%, com 8 gestantes consultadas e no terceiro mês 23,7%, com 9 gestantes consultadas.

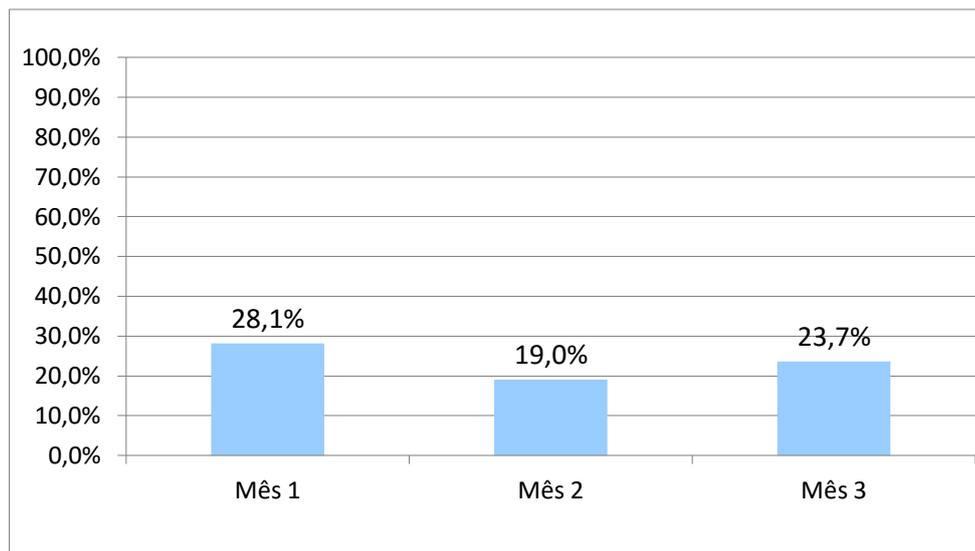


Figura 13- Gráfico indicativo da proporção de gestantes com primeira consulta odontológica programática, Centro de Saúde Mãe Laurinda, Manicoré – AM, 2015.

De maneira geral os resultados neste indicador durante a intervenção não foram adequados. No primeiro mês houve muitas gestantes faltosas à consulta odontológica, por causa do medo que as gestantes têm a este tipo de atendimento, e pela má qualidade da busca ativa das faltosas à consulta. Além disso, o serviço odontológico ficou parado desde o primeiro mês até o final da intervenção, porque, seus aparelhos estavam quebrados, o que impediu que a equipe pudesse recuperar esses atrasos, e também houve indisponibilidade de recursos. É importante assinalar que durante a intervenção a equipe não encaminhou estas gestantes para outros serviços odontológicos do município, porque, todos ficaram parados por problemas com seus aparelhos. Também a equipe tentou recuperar os atrasos durante a visita domiciliar, mas, não foi possível, porque, a equipe odontológica não tinha como esterilizar o material das consultas. Além disso, no último mês da intervenção houve problemas com os geradores elétricos do município, e houve racionamento da energia, o que também influenciou nestes resultados. Apesar destas dificuldades, neste período, a minha equipe estabeleceu uma parceria para melhorar o índice de consultas. Atualmente o serviço odontológico está funcionando, e cada semana a equipe odontológica nos envia as gestantes que estão faltosas às consultas, o que nos permite remarcar as consultas delas com ajuda dos ACS.

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao pré-natal.

Meta 3.1: Realizar busca ativa de 100% das gestantes faltosas às consultas de pré-natal.

Na nossa região existem muitas usuárias que faltavam à consulta. Isto que pode estar relacionado com fatores sócios culturais e educacionais, ou com o fato de ser gestante adolescente, ou depende da imaturidade e falta de experiência da usuária e do pouco apoio que recebe por parte da família para enfrentar o seu autocuidado durante este período. Portanto, é relevante garantir um controle e monitoramento por parte da equipe de saúde do programa de pré-natal visando evitar as faltas à consulta programada e agendada. Também o acolhimento e a organização dos serviços são pontos importantes para garantir um bom acompanhamento na etapa de pré-natal, o que coincide com o apresentado por outros autores (SUCCI, FIGUEIREDO, ZANATTA, 2008).

Em relação às gestantes faltosas às consultas que receberam busca ativa, a equipe conseguiu atingir 100% da meta nos três meses de intervenção, sendo que no primeiro mês houve 8 faltosas, no segundo mês 9 faltosas e no terceiro mês 6 faltosas. A implementação na rotina de trabalho da equipe desta nova estratégia tem permitido à equipe consolidar e melhorar os resultados em quase todos os indicadores do pré-natal. É fundamental atingir 100% neste indicador, porque, permite recuperar os atrasos no atendimento, e com frequência evita que a gestante ultrapasse os 120 dias sem receber seu primeiro controle de pré-natal. A chave do êxito está em: estabelecer um controle e monitoramento sistemático deste indicador do programa, melhorar a qualidade do acolhimento e dos registros, e em manter uma comunicação permanente com todos os membros da equipe, sobretudo com os ACS.

Objetivo 4: Melhorar o registro do programa de pré-natal.

Meta 4.1: Manter registro na ficha espelho de pré-natal em 100% das gestantes.

Nestes três meses de intervenção a equipe realizou todas as ações que foram previstas para este indicador. No primeiro mês atingimos 100%, representando 32 gestantes com registro adequado, no segundo 100%, o que equivale a 42 gestantes e no terceiro 100%, representando 38 gestantes.

Durante cada mês realizamos o registro nas fichas espelho de todas as usuárias, tanto das que já estavam cadastradas no programa quando a intervenção iniciou quanto das que foram sendo cadastradas na medida em que a intervenção

avançou. Sem dúvida o registro correto de todas as informações do pré-natal nas fichas espelho, nos prontuários e no restante dos documentos de registro relacionados com este programa é necessário para garantir um controle e monitoramento adequado. Na maioria dos estudos que têm sido realizados (SUCCI, FIGUEIREDO, ZANATTA, 2008; HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013) fala-se da grande importância do preenchimento correto das fichas e organização dos prontuários, porque, disto depende a organização, o controle, o monitoramento e bom funcionamento do programa.

Objetivo 5: Realizar avaliação de risco.

Meta 5.1: Avaliar risco gestacional em 100% das gestantes.

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento. Portanto, é indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta (BRASIL, 2012).

Em relação à avaliação de risco gestacional conseguimos atingir 100% da meta em todos os meses da intervenção, ou seja, avaliamos o risco gestacional das 32 gestantes do primeiro mês, das 42 do segundo mês e das 38 do terceiro mês.

A equipe de saúde trabalhou muito para atingir esse resultado, porque, foi necessário realizar uma capacitação a cada semana, usando os elementos padronizados pelo protocolo de atendimento para o pré-natal no Brasil. A adesão aos critérios de classificação de risco nos ajudou no trabalho de acompanhamento normal ou diferenciado, na tomada das decisões em situações de intercorrências, e na definição de estratégias para evitar a progressão dos riscos até se tornarem situações crônicas ou alarmantes. Além disso, nos permitiu oferecer um atendimento integral de qualidade para este indicador, reduzindo o alto índice de hipertensão e diabetes gestacional que existia na nossa área de abrangência antes do início da intervenção, o que fez com que melhorasse a qualidade do atendimento e acompanhamento ao pré-natal. Os principais problemas detectados durante esta avaliação de risco foram: obesidade e ganho de peso exagerado nos três trimestres, hipertensão crônica, pré-eclampsia anterior associada com morte fetal ou perinatal e período intergenésico

curto, multiparidade associada com idade maior de 35 anos e situação socioeconômica desfavorável, entre outros. Felizmente durante este período não tivemos gestantes graves, nem mortes fetais, perinatal ou materna.

Objetivo 6: Promover a saúde no pré-natal.

Meta 6.1: Garantir a 100% das gestantes, orientação nutricional durante a gestação.

Nos três meses da intervenção, 100% das gestantes receberam orientação nutricional, ou seja, as 32 gestantes do primeiro mês, as 42 do segundo mês e as 38 do terceiro mês foram orientadas em relação à nutrição.



Figura 14- Fotografia: Atividade educativa sobre nutrição adequada durante a gestação e o puerpério.

Inicialmente na nossa área as usuárias deste programa e seus familiares não tinham muita informação sobre os benefícios de uma alimentação saudável, porque, as palestras não eram realizadas frequentemente, além disso, embora a maioria das gestantes estivesse com classificação de obesa ou sobrepeso em relação com o valor do Índice de Massa Corporal (IMC) padronizado para o Brasil, nem todas eram encaminhadas a nutricionista para receberem orientação nutricional adequada, o que

refletia no alto número de gestantes detectadas com hipertensão, diabetes, hiperlipidemia, e na morbimortalidade infantil antes da intervenção.

O incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras deve ser uma prática constante do profissional de saúde na atenção à saúde da gestante. Tais alimentos são ótimas fontes de vitaminas, minerais e fibras e, no caso das gestantes, são essenciais para a formação saudável do feto e a proteção da saúde materna (SAUNDERS, PADILHA, CHAGAS, 2009). Portanto, a equipe decidiu fortalecer o trabalho de palestras em relação à higiene alimentar e nutrição saudável. Para isto, realizaram-se a cada semana da intervenção diferentes tipos de atividades de promoção em saúde visando incrementar o nível de conhecimento sobre nutrição adequada, e para estimular a prática de hábitos nutricionais saudáveis. As mulheres da nossa área de abrangência comem as frutas típicas da região, porém, devemos incentivar mais este costume. Além disso, é importante assinalar que às vezes as usuárias não consomem muitas frutas, porque, estas são caras e a maioria das nossas usuárias apresenta situação econômica desfavorável. Também encaminhamos todas as gestantes para avaliação com a nutricionista.

Meta 6.2: Promover o aleitamento materno junto a 100% das gestantes.

Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental, no sentido de colaborar para que a mãe e a criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranquila, recebendo do profissional as orientações necessárias e adequadas para o seu êxito. Durante os cuidados no pré-natal, é importante conversar sobre as vantagens da amamentação para a mulher, a criança, a família e a comunidade, além de garantir orientações sobre o manejo da amamentação (BRASIL, 2012).

Nos três meses da intervenção, 100% das gestantes receberam orientação sobre aleitamento materno, ou seja, as 32 gestantes do primeiro mês, as 42 do segundo mês e as 38 do terceiro mês foram orientadas neste aspecto. Durante este período notamos um incremento das mulheres que amamentavam corretamente, e que preferiram usar o aleitamento exclusivo ao artificial.



Figura 15- Fotografia: Visita domiciliar realizada a uma puérpera de 7 dias de evolução. Orientação sobre as técnicas corretas de amamentação e sobre a importância do aleitamento materno.

A equipe comprovou que quase todas as gestantes tinham dificuldade para realizar corretamente o processo de amamentação, porque, não tinham os conhecimentos suficientes sobre o aleitamento materno. Isto no início da intervenção de intervenção refletiu consideravelmente no elevado número de puérperas que chegavam ao nosso serviço com inflamação e com infecção nos seios, e no elevado número de crianças desnutridas ou com transtornos digestivos. Portanto, a equipe decidiu realizar várias atividades de promoção em saúde sobre este tema, direcionadas às gestantes e seus familiares. Atualmente, todas as gestantes têm conhecimentos sobre as técnicas corretas, o tempo adequado para o aleitamento, e sobre as complicações que podem se apresentar tanto nas mães quando nos bebês quando o aleitamento não é feito com qualidade.

Meta 6.3: Orientar 100% das gestantes sobre os cuidados com o recém-nascido (teste do pezinho, decúbito dorsal para dormir, entre outros).

O conjunto de procedimentos clínicos e educativos destinados a acompanhar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança caracteriza a assistência pré-natal. Avaliar a qualidade dessa assistência, com a proposta de aprimorá-la, requer esforços constantes das autoridades de saúde, dos profissionais

que executam essas ações e também da população alvo, que deve estar atenta aos problemas surgidos e buscar soluções (SUCCI, FIGUEIREDO, ZANATTA, 2008).

Durante toda a intervenção, 100% das gestantes receberam orientação sobre cuidados com o recém-nascido, ou seja, as 32 gestantes do primeiro mês, as 42 do segundo mês e as 38 do terceiro mês foram orientadas neste aspecto.

Antes da intervenção observamos que as gestantes tinham pouco conhecimento sobre o cuidado adequado dos recém-nascidos, o que refletia no elevado número de recém-nascidos que chegava ao nosso serviço com descumprimento do calendário de vacinas, atraso no teste do pezinho atrasado e complicações, tais como infecção urinária por má higiene da área genital e diarreias por má nutrição da mãe durante o aleitamento materno e por substituir o aleitamento exclusivo por artificial. Logo após a intervenção vemos que a equipe conseguiu reverter esta situação através do incremento das atividades de promoção da saúde que foram realizadas.

Meta 6.4: Orientar 100% das gestantes sobre anticoncepção após o parto.

Nos três meses da intervenção, 100% das gestantes receberam orientação sobre anticoncepção após o parto, ou seja, as 32 gestantes do primeiro mês, as 42 do segundo mês e as 38 do terceiro mês foram orientadas neste aspecto.

Antes da intervenção a equipe orientava 100% das gestantes sobre a importância da anticoncepção após o parto, além disso, avaliava a possibilidade de laqueadura seguindo os critérios padronizados no Brasil. Durante este período foi realizada uma capacitação para todos os funcionários de todas as UBS do município sobre a importância e benefícios do controle anticoncepcional adequado, foi realizada a semana da enfermagem onde participaram os funcionários da saúde da APS e do hospital municipal, e foram convidadas as gestantes e puérperas do nosso município, além disso, foram incrementadas as atividades de promoção em saúde. A intervenção veio consolidar o nosso trabalho neste sentido, porque, atualmente não orientamos apenas as gestantes sobre este tema, mas sim o casal e a comunidade toda. Infelizmente na nossa área de abrangência a convergência de diversos fatores socioculturais faz com que a responsabilidade do planejamento familiar caia sobre a mulher, o que unido ao pouco uso do preservativo pelo casal, à falta de diversidade e a indisponibilidade suficiente dos métodos anticoncepcionais torna reduzidas as

chances de estabelecer um acompanhamento adequado do programa de planejamento familiar e das usuárias com risco pré-concepcional.

Meta 6.5: Orientar 100% das gestantes sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

Hoje em dia, fala-se bastante em uso de álcool e drogas, mas abordar este assunto durante a gestação não é tarefa fácil. A princípio, tende-se a pensar no assunto de forma moral: como uma mãe pode fazer isso com um bebê? Entretanto, quando se trata de saúde, julgamentos morais costumam não render bons frutos, além de se mostrarem ineficazes para o efetivo cuidado integral à saúde. Portanto, o desafio consiste em suspender a moral, deixar o julgamento de lado – para a Justiça – e se ater às questões relacionadas à saúde, ao cuidado de si, físico e psíquico (BRASIL, 2012).

Nos três meses da intervenção, 100% das gestantes receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação, sendo que as 32 gestantes do primeiro mês, as 42 do segundo mês e as 38 do terceiro mês foram orientadas neste aspecto.

Na nossa área de abrangência as nossas gestantes não fazem uso de drogas ou álcool, nem são fumantes. Esta informação foi obtida através da planilha de coleta de dados, pela revisão dos prontuários e dos cartões da gestante, e foi confirmada durante as visitas domiciliares realizadas pela equipe. Apesar disso, elas terminam sendo vítimas passivas destes maus hábitos, porque, elas não o praticam, porém, no meio familiar quase sempre existe alguém que consome alguma dessas substâncias. Portanto, foi necessário realizar dinâmicas familiares durante a visita domiciliar nos casos onde foi detectada a presença de algum praticante destes maus hábitos, e orientar sobre as consequências para a saúde tanto da gestante como do seu futuro bebê.

Meta 6.6: Orientar 100% das gestantes sobre higiene bucal.

Nos três meses da intervenção, 100% das gestantes receberam orientação sobre higiene bucal, ou seja, as 32 gestantes do primeiro mês, as 42 do segundo mês e as 38 do terceiro mês foram orientadas neste aspecto.

A saúde bucal na nossa área de abrangência sem dúvida representa um problema de saúde na população de gestantes, porque, estas não gostam de ir às

consultas de acompanhamento odontológico, e às vezes não cumprem com as orientações em saúde bucal. Durante a intervenção a equipe reforçou as orientações em relação à saúde bucal tanto na primeira consulta do pré-natal quanto nas consultas de acompanhamento. Além disso, incrementamos o número de orientações e de atividades em relação ao tema no CS e nas visitas domiciliares. Também é importante assinalar que durante a intervenção decidimos incrementar as orientações à família das gestantes visando garantir o apoio da família para estimular a seguir as nossas orientações em relação à saúde bucal. Percebemos que esta estratégia melhorou o número de usuárias que se interessou por acudir às consultas odontológicas e diminuiu o número das faltosas. Atualmente a equipe continua com esta dinâmica de trabalho, porque, tem nos dado bons resultados e nos permite cumprir outros indicadores.

#### Puerpério:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à puérperas.

Meta 1.1: Garantir a 100% das puérperas cadastradas no programa de Pré-Natal e Puerpério da Unidade de Saúde consulta puerperal antes dos 42 dias após o parto.

Muitos autores (BRASIL, 2012; VIEIRA, BOCK, ZOCHE et al, 2011; POLGLIANI, NETO, ZANDONADE, 2014) reconhecem a importância do controle da mulher nesta etapa, e a classificam como uma etapa especial de grandes mudanças e riscos, que está relacionada com a etapa pré-natal, onde podem aparecer com frequência as intercorrências, portanto, as avaliações devem ser integrais e com enfoque preventivo.

No primeiro mês, no caso das puérperas, percebemos que foram avaliadas 11 puérperas das 11 que tínhamos na nossa área, atingindo 100%. No segundo mês observamos que aumentaram para 20, mas conseguimos avaliar todas este mês, atingindo 100% de cobertura. No terceiro mês tínhamos 17 puérperas e avaliamos as 17 atingindo 100% de cobertura da nossa área de abrangência.

Para atingir a nossa meta foi necessário: capacitar a equipe a cada semana da intervenção, utilizando os critérios padronizados no protocolo de atendimento para o puerpério no Brasil; manter o monitoramento e controle de todas as gestantes durante o pré-natal, utilizando os documentos do nosso CS estabelecidos para os

registros da informação do programa de pré-natal e do puerpério, que nos permitiram garantir a captação precoce das puérperas após o parto; estabelecer uma comunicação diária com os funcionários do hospital municipal durante todas as semanas da intervenção para conhecer quais as gestantes que ganhavam bebê, e aproveitar o espaço da visita domiciliar para recuperar as faltosas à consulta.

Objeto 2: Melhorar a qualidade da atenção às puérperas na Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Examinar as mamas em 100% das puérperas cadastradas no Programa.

O exame clínico das mamas é realizado com a finalidade de se detectar anormalidades nas mamas e/ou avaliar sintomas referidos pelas gestantes para, assim, identificar possíveis lesões malignas palpáveis num estágio precoce de evolução (BRASIL, 2012). Nos três meses de intervenção a nossa equipe realizou todas as ações que foram previstas para este indicador o que nos permitiu atingir 100% de cobertura dessa meta em todos os meses, ou seja, as 11 puérperas do primeiro mês, as 20 do segundo mês e as 17 do terceiro mês tiveram as mamas examinadas.

Para atingir 100% do indicador nestes três meses a equipe capacitou aos funcionários sobre as técnicas corretas para realizar o exame da mama e a importância da sua realização no puerpério, além disso, foram explicados os principais sinais e sintomas que indicam a presença de doença nas mamas neste período. Também foram realizadas diversas atividades de educação em saúde sobre o tema. A equipe aproveitou as consultas e as visitas domiciliares para ganhar a atenção neste sentido dos familiares das usuárias com o objetivo de identificar precocemente qualquer alteração na mama da puérpera que pudesse interromper o processo de aleitamento materno ou que gerasse uma infecção puerperal. Apesar de realizarmos o exame da mama em 100% da nossa população alvo, é importante assinalar que durante este período houve puérperas que apresentaram infecção de uma ou ambas as mamas, porque não seguiram as nossas orientações. Todas receberam tratamento e não interromperam o período aleitamento materno exclusivo.

Meta 2.2: Examinar o abdome em 100% das puérperas cadastradas no Programa.

O exame do abdome é muito importante neste período, por causa das inúmeras complicações que podem aparecer na puérpera com comprometimento do útero ou de órgãos subadjacentes. Com frequência os profissionais da saúde ignoram esta parte tão importante do exame físico nas puérperas, e focam mais sua atenção nas mamas, nas características do sangramento vaginal, na temperatura e na pressão arterial, por causa disso, o abdome é examinado apenas quando o parto foi cesário. Quando isto acontece, existem mais chances de termos puérperas com elevado risco de sofrer complicações por causa de infecção pós-parto (BRASIL, 2012).

Nos três meses de intervenção, 100% das puérperas tiveram o abdome examinado, ou seja, as 11 puérperas do primeiro mês, as 20 do segundo mês e as 17 do terceiro mês foram avaliadas neste aspecto.

Para cumprir com este indicador a equipe realizou todos os exames físicos das puérperas da nossa área de abrangência com enfoque integral, também, durante as visitas domiciliares e nas consultas explicamos a importância do exame do abdome tanto para as puérperas quanto para seus familiares. Além disso, alertamos sobre os principais sinais e sintomas que podem se apresentar no abdome e que traduzem a presença de complicações. Durante o período não houve puérperas que apresentaram situações de intercorrência relacionadas com este indicador.

Meta 2.3: Realizar exame ginecológico em 100% das puérperas cadastradas no Programa.

Nos três meses de intervenção a nossa equipe realizou todas as ações que foram previstas para este indicador, porém, isto não nos permitiu atingir o 100%. No primeiro mês atingimos 45,5%, que representa 5 das 11 puérperas do período, no segundo mês atingimos 70%, sendo 14 das 20 puérperas acompanhadas neste mês e no terceiro mês atingimos 94,1%, o que equivale a 16 das 17 puérperas do período.

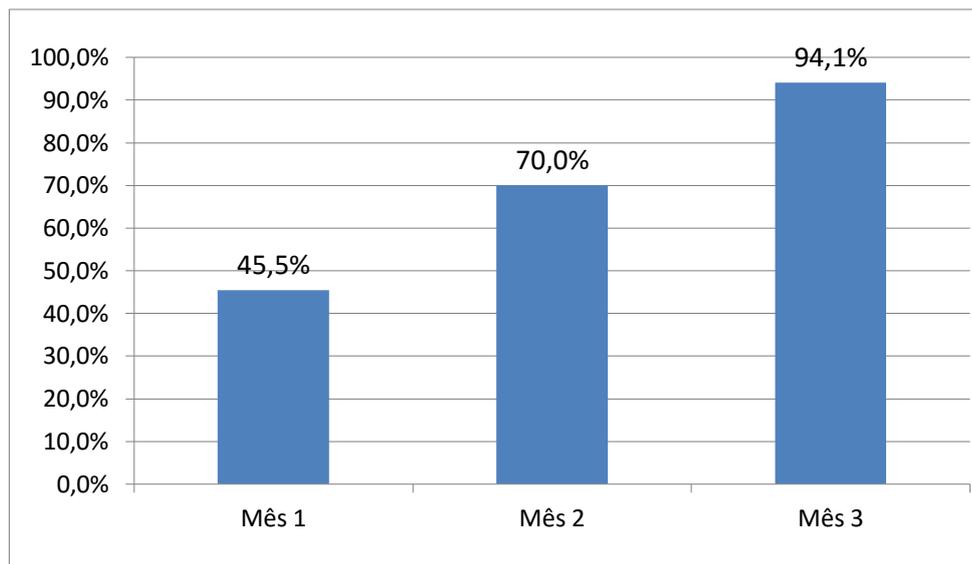


Figura 16- Gráfico indicativo da proporção de puérperas que receberam exame ginecológico, Centro de Saúde Mãe Laurinda, Manicoré – AM, 2015.

Para atingir estes resultados a equipe realizou várias ações de promoção em saúde tanto na etapa pré-natal quanto após parto. Além disso, foi necessário realizá-las no CS e nas visitas domiciliares. Estas atividades foram realizadas com a população alvo e com os seus familiares. Durante este período não tivemos situações de intercorrências relacionadas com este indicador.

O exame ginecológico é muito importante neste período, apesar disso, algumas puérperas se recusam a fazê-lo, porque, dizem sentir muita vergonha para realizá-lo, fator este que influenciou no resultado deste indicador. A maioria dos autores afirmam que a realização deste exame contribui para a diminuição da porcentagem de puérperas com complicações durante o período, e afirmam que deve ser realizado dentre os primeiros dias após o parto. (BRASIL, 2012; VIEIRA, BOCK, ZOCCHÉ et al, 2011).

Meta 2.4: Avaliar o estado psíquico em 100% das puérperas cadastradas no Programa.

O compromisso das equipes da APS em relação à saúde integral no pré-natal e no puerpério envolve várias ações, desde a atenção à mulher que deseja engravidar, o cuidado no pré-natal, o cuidado após o parto, ao recém-nascido, à mãe, ao pai ou companheiro e à família. O foco baseado somente nos aspectos físicos não é suficiente. A compreensão dos processos psicoafetivos que permeiam o período

gravídico-puerperal deve ser potencializada na escuta e abordagem das equipes. Neste sentido, faz-se necessário que o profissional de saúde aborde a mulher na sua integralidade, considerando a sua história de vida, os seus sentimentos, a sua família, o ambiente em que vive, se possui rede de apoio social e emocional, estabelecendo uma relação próxima e valorizando a singularidade de cada pessoa, contexto e situação (BRASIL, 2012).

Nos três meses de intervenção a nossa equipe realizou todas as ações que foram previstas para este indicador, o que nos permitiu atingir 100% de cobertura em todos os meses. Sendo assim, as 11 puérperas do primeiro mês, as 20 do segundo mês e as 17 do terceiro mês tiveram seu estado psíquico avaliados.

Para cumprir este indicador, a equipe avaliou cada puérpera durante as consultas no CS e durante as visitas domiciliares, além disso, encaminhamos todas as usuárias à psicóloga que atende a nossa área de abrangência pelo NASF na nossa área. Não foram detectadas puérperas com critério de risco para doença psíquica, e não houve necessidade de avaliar nenhuma destas usuárias com o psiquiatra. Também a equipe realizou atividades de promoção em saúde sobre a importância de conservar uma boa saúde mental.

Meta 2.5: Avaliar intercorrências em 100% das puérperas cadastradas no Programa.

Após sair da maternidade, toda mulher que deu à luz deve ficar atenta para o aparecimento de febre, sangramento vaginal exagerado, dor ou infecção nos pontos da cesárea ou da episiotomia, tonturas muito frequentes, mamas ingurgitadas e doloridas. Em quaisquer dessas situações, ela deve procurar imediatamente o serviço de saúde (BRASIL, 2012).

Em relação a avaliação para intercorrências, conseguimos realiza-la em 100% das puérperas acompanhadas na intervenção, ou seja, as 11 puérperas do primeiro mês, as 20 do segundo mês e as 17 do terceiro mês foram avaliadas para intercorrências.

Neste período todas as puérperas receberam avaliação de intercorrências durante as consultas no CS e durante as visitas domiciliares. Dentro das usuárias avaliadas, apenas cinco apresentaram intercorrências relacionadas com infecção nos seios por técnica inadequada para realizar o aleitamento materno. É importante assinalar que o médico e a enfermeira capacitaram a sua equipe de saúde em relação

aos principais sintomas e sinais que traduzem a presença de intercorrências na puérpera. Além disso, foram realizadas atividades educativas em relação a este tema tanto com a puérpera quanto com seus familiares.

Meta 2.6: Prescrever a 100% das puérperas um dos métodos de anticoncepção.

Sabe-se que, do total das gestações, pelo menos a metade não é inicialmente planejada, embora ela possa ser desejada. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional. Isso ocorre comumente com as adolescentes. Faz-se necessária, portanto, a implementação da atenção em planejamento familiar num contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez e das DST) (BRASIL, 2012).

Nos três meses de intervenção a nossa equipe realizou todas as ações que foram previstas para este indicador, o que nos permitiu atingir 100% de cobertura em todos os meses. Sendo assim, as 11 puérperas do primeiro mês, as 20 do segundo mês e as 17 do terceiro mês receberam a prescrição de algum método de anticoncepção.

Durante este período de tempo a equipe prescreveu a 100% das nossas puérperas o uso de um método anticoncepcional, e foi respeitada a escolha da usuária em relação aos medicamentos permitidos para este período. Além disso, foi realizado um acordo com os gestores municipais em saúde a realização de laqueaduras no hospital de municipal para as usuárias multíparas classificadas como de alto risco obstétrico por apresentar condições socioeconômicas desfavoráveis, idade maior de 35 anos e com enfermidades crônicas. Ainda, a cada semana a equipe verificou a disponibilidade dos anticoncepcionais na farmácia do CS, e priorizamos os anticoncepcionais que chegavam para as puérperas mais necessitadas e de maior risco pré-concepcional. Também incrementamos as atividades de promoção em saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das mães ao puerpério.

Meta 3.1: Realizar busca ativa em 100% das puérperas que não realizaram a consulta de puerpério até 30 dias após o parto.

Durante a intervenção a nossa equipe realizou todas as ações que foram previstas para este indicador, o que nos permitiu atingir 100% de cobertura em todos os meses. Tivemos 5 puérperas faltosas a consulta de revisão até 30 dias após o parto no primeiro mês, 12 no segundo mês e 13 no terceiro mês, sendo que todas receberam busca ativa.

Para atingir o 100% neste indicador o médico e a enfermeira capacitaram a equipe em relação a este tema em todos os meses da intervenção. Para isto, revisamos a cada semana os registros do programa, como parte do monitoramento e controle do programa, deste modo foram identificadas as faltosas, estas receberam o acompanhamento adequado. Além disso, a equipe realizou uma parceria com os funcionários do hospital para identificar as usuárias que ganharam bebê durante os fins de semana, o que nos permitiu realizar a captação precoce da puérpera e do recém-nascido. Também a equipe realizou atividades de promoção e de prevenção em saúde em relação a este tema, com as puérperas e os seus familiares, tanto no CS quanto nas visitas domiciliares.

#### Objetivo 4.1: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro na ficha de acompanhamento do Programa 100% das puérperas.

Nos três meses de intervenção a nossa equipe realizou todas as ações que foram previstas para este indicador, o que nos permitiu atingir 100% de cobertura em todos os meses, ou seja, as 11 puérperas do primeiro mês, as 20 do segundo mês e as 17 do terceiro mês tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento.

Durante a intervenção o médico e a enfermeira capacitaram a sua equipe em relação às técnicas de registro correto da informação do programa. Isto nos permitiu melhorar no preenchimento das informações nos registros do puerpério e melhorar os processos de acolhimento e engajamento. Durante a intervenção realizamos o preenchimento de todas as fichas do puerpério.

#### Objetivo 5: Promover a saúde das puérperas.

Meta 5.1: Orientar 100% das puérperas cadastradas no Programa sobre os cuidados do recém-nascido.

No puerpério, a mulher deve receber informações específicas sobre os cuidados que deve tomar consigo mesma e com o bebê e orientações pertinentes à amamentação, à vida reprodutiva e à sexualidade (BRASIL, 2012).

No primeiro mês atingimos 100%, orientando sobre os cuidados com o recém-nascido as 11 puérperas acompanhadas, no segundo mês atingimos 100%, o que representa as 20 puérperas acompanhadas neste período e no terceiro mês também atingimos 100%, o que equivale às 17 puérperas acompanhadas neste mês. Nestes meses o médico e a enfermeira capacitaram a equipe sobre este tema. Foram realizadas atividades de promoção em saúde aproveitando os espaços do CS e visitas domiciliares. Além disso, estas foram direcionadas tanto para as puérperas quanto para os seus familiares.

Meta 5.2: Orientar 100% das puérperas cadastradas no Programa sobre aleitamento materno exclusivo.

No primeiro mês atingimos 100%, ou seja, as 11 puérperas acompanhadas no período receberam orientação sobre aleitamento materno. No segundo mês atingimos 100%, o que equivale as 20 puérperas acompanhadas neste mês e no terceiro mês também atingimos 100%, representando as 17 puérperas do período.

Quando iniciamos a intervenção detectamos que a maioria das usuárias não utilizava a técnica correta para amamentar o seu filho, não amamentava a criança o tempo suficiente, substituía o leite materno pelo leite artificial e interrompia o aleitamento exclusivo materno antes dos seis meses, porém, atualmente temos melhores resultados. Nestes meses o médico e a enfermeira capacitaram a sua equipe sobre este tema. Foram realizadas atividades de promoção em saúde aproveitando os espaços do CS e das visitas domiciliares, além disso, estas foram direcionadas tanto para as puérperas quanto para os seus familiares.

Meta 5.3: Orientar 100% das puérperas cadastradas no Programa sobre planejamento familiar.

É importante orientar que as relações sexuais podem ser restabelecidas por volta de 20 dias após o parto, quando já tiver ocorrido a cicatrização. No entanto, devem ser tomadas providências quanto à anticoncepção. Se a mulher quiser engravidar novamente, o ideal é que aguarde cerca de dois anos. Este intervalo de tempo é necessário para que o organismo possa se restabelecer por completo,

evitando complicações para o futuro bebê (como prematuridade e baixo peso) e para a própria mãe (como anemia, debilidade física ou hemorragia) (BRASIL, 2012).

Durante a intervenção a equipe realizou todas as ações que foram previstas para este indicador, o que permitiu atingir 100% de cobertura em todos os meses. Sendo assim, as 11 puérperas do primeiro mês, as 20 do segundo mês e as 17 do terceiro mês foram orientadas sobre planejamento familiar.

Durante este período de tempo a nossa equipe orientou a 100% das nossas puérperas o uso de um método anticoncepcional, em relação ao padronizado pelos protocolos de atendimento de pré-natal e do puerpério no Brasil, sempre foi respeitada a escolha da usuária em relação aos medicamentos permitidos para este período. Além disso, a cada semana a equipe verificou a disponibilidade dos anticoncepcionais na farmácia do nosso CS, e priorizamos os anticoncepcionais que chegavam para as usuárias mais necessitadas e de maior risco pré-concepcional. Também incrementamos as atividades de promoção e de prevenção em saúde tanto nas puérperas como nos seus familiares, estas foram realizadas aproveitando os espaços do CS e durante a visita domiciliar.

## **4.2 Discussão**

A intervenção permitiu ampliar a cobertura de pré-natal e puerpério no CS. No primeiro mês tivemos 32 gestantes da área de abrangência acompanhadas no CS, o que equivale a 76,2% de cobertura, no segundo mês o universo de estudo passou a ser constituído pelas 42 gestantes da nossa área, todas foram avaliadas atingindo 100% de cobertura, e no terceiro mês também avaliamos todas as gestantes, que eram 38. No caso do puerpério o nosso universo de estudo no primeiro esteve representado por 11 puérperas, no segundo mês por 20 e no terceiro mês por 17, sendo que nos três meses foram avaliadas 100% das usuárias. O número real de gestante da área da minha equipe foi conhecido durante a intervenção e o número de gestantes colocado no CAP foi uma estimativa das gestantes do CS todo (as duas equipes), por isso houve uma estimativa elevada. No decorrer da construção do projeto, optou-se por atuar somente com uma equipe.

Esta intervenção foi muito importante para a equipe, porque, permitiu: incrementar o nível de conhecimentos dos membros da equipe e dos profissionais do CS sobre o protocolo de atenção ao pré-natal e puerpério; consolidar o trabalho de cada profissional do CS; fortalecer a união entre os membros da equipe; incrementar o contato da equipe com as lideranças comunitárias, políticas municipais, e com o gestor municipal em saúde; realizar a discussão semanal e a reunião preparatória do intercâmbio da reunião semanal para monitorar o funcionamento de ambos os programas; melhorar o trabalho na recepção com os prontuários das usuárias dos programas; incorporar o espaço da visita domiciliar para realizar o cadastramento, acompanhamento e resgate das usuárias faltosas dos programas; estabelecer uma realimentação entre o hospital e o nosso CS em relação à evolução das usuárias internadas dos programas; e criar uma parceria entre o NASF do município e a nossa equipe. Durante este período percebeu-se um impacto positivo nas atividades do serviço odontológico, porque, melhorou o processo de identificação e de recuperação das faltosas às consultas dos programas, o espaço da visita domiciliar foi utilizado para recuperar as faltosas à consulta, portanto, incrementou-se tanto o número das gestantes e puérperas enviadas a este serviço, como das que receberam a primeira consulta de avaliação e reconhecimento odontológico, aliais, foi estabelecido o atendimento prioritário das gestantes e das puérperas com atrasos de consultas.

A realização desta intervenção tem sido muito boa, porque, tem permitido melhorar quase todos os indicadores dos programas, além disso, tem humanizado e revolucionado o atendimento nos programas. Os atendimentos de ambos os programas no nosso serviço não eram realizados segundo o padronizado pelo MS, porque, a maioria eram realizados pela enfermeira, devido a que era costume que o médico somente avaliasse a usuária quando intercorrências; o acolhimento não era adequado; o planejamento e agendamento das consultas não era organizado; a busca ativa das faltosas não era realizada com frequência; atividades de promoção em saúde não eram suficientes, não existia um ordem de prioridade para o atendimento às usuárias dos programas, os arquivos dos programas não estavam organizados, entre outras. Ainda existe indisponibilidade de muitos recursos necessários e padronizados pelo MS, porém, demonstrou-se com a realização desta intervenção que é possível melhorar a qualidade dos atendimentos e dos indicadores em saúde quando em um serviço de saúde existe um coletivo unido, que realiza um trabalho organizado e com adesão aos protocolos de ambos os programas. Acredito que

atualmente o trabalho em saúde que é realizado no nosso serviço em ambos os programas melhorou, e que estas mudanças serão mantidas na rotina diária de trabalho.

Sem dúvidas, ainda faltam muito trabalho em saúde para ser feito em relação a estes programas de saúde, além disso, percebe-se que a comunidade coopera pouco com as atividades e as orientações em saúde oferecidas, e que o impacto e os resultados da intervenção ainda são pouco percebidos, portanto, a equipe deverá continuar trabalhando com esta nova forma de trabalho, porque, o tempo é muito curto para que a comunidade mude a visão que tem do atendimento nestes programas. Percebemos que maior parte desta população, incluindo as usuárias dos programas ainda pensam que o atendimento médico deve ser rápido, e que não são necessários tantos controles. O atendimento em saúde que não respeita os critérios de atendimento prioritário para este tipo de usuárias, que não é organizado, e que é apressado, na verdade não é um atendimento em saúde de qualidade. Durante esta intervenção demonstramos à população que o atendimento em saúde destes programas é eficaz quando é ao contrário do que elas pensam. Acredito que futuramente a comunidade apoiará mais esta forma de trabalho, o que irá nos permitir atingir resultados superiores nos indicadores dos programas, e melhorar o seu modo de vida.

Embora os resultados da intervenção tenham sido bons, ainda existem dificuldades no funcionamento de ambos os programas que às vezes determinam a falta de adesão das usuárias em alguns dos indicadores que avaliamos durante a intervenção, tais como: proporção de gestantes com ingresso no pré-natal no primeiro trimestre, proporção de gestantes e puérperas com pelo menos um exame ginecológico por trimestre, proporção de gestantes com vacinas antitetânicas em dia, proporção de gestantes com vacina contra hepatites em dia, proporção de gestantes com primeira consulta programática em dia. Tudo isso, reflete na qualidade do atendimento. Acredito que deveríamos ter divulgado com mais antecedência a intervenção, o que teria permitido maior participação e adesão das gestantes e puérperas. Penso que se a equipe tivesse trabalhado mais com o critério pré-concepcional aplicado à população de mulheres em idade fértil, teríamos tido mais usuárias com início do pré-natal no primeiro trimestre. A equipe teria alcançado melhores resultados na intervenção se tivéssemos aumentado a informação em relação a importância e benefícios de realizar o acompanhamento de pré-natal e

odontológico adequado, o exame ginecológico em cada trimestre, o preventivo, e de ter as vacinas em dia. Se a equipe tivesse tido mais apoio da SMS, os resultados teriam sido melhores, portanto, continuaremos insistindo no contato com as lideranças em saúde até conseguir o apoio necessário.

Durante este período a equipe trabalhou mais unida, e todos os seus membros perceberam que tínhamos deficiências que precisavam ser eliminadas. A equipe estabeleceu uma parceria com os funcionários do serviço odontológico e com os funcionários do hospital, o que permitiu melhorar o funcionamento e os resultados de ambos os programas. Quando a intervenção foi implementada houve resistência por parte de alguns membros da equipe, porque, já estavam acostumados à rotina de trabalho anterior, mas, após os resultados, a equipe ficou mais estimulada. Atualmente a equipe continua realizando as ações que foram implementadas na intervenção à rotina diária do trabalho do CS em relação ao programa de pré-natal e de puerpério.

Para melhorar a atenção à saúde no serviço, pretende-se manter nos próximos meses: o processo de capacitação dos profissionais do CS sobre o protocolo de atenção ao pré-natal e puerpério; a realização da discussão semanal com a equipe e da reunião preparatória desta discussão; o cadastramento e o acompanhamento as gestantes e puérperas segundo o padronizado pelo MS; a utilização do espaço da visita domiciliar para realizar o cadastramento, acompanhamento e resgate das usuárias faltosas; a realimentação entre o hospital e o nosso CS em relação à evolução das usuárias internadas; a visita pelo médico, enfermeira e ACS às gestantes que apresentarem parto cesáreo e critério de internação maior que 7 dias no hospital até serem liberadas para a área de abrangência; o transporte das usuárias para o hospital usando a ambulância do hospital; as atividades de educação em saúde; o contato com as lideranças comunitárias; o vínculo com o NASF; a verificação semanal da disponibilidade dos antianêmicos orais e de os outros medicamentos necessários para o tratamento adequado das usuárias; integração da nossa intervenção com outras intervenções de saúde; a cooperação do CS no processo de formação acadêmica e de ensino em saúde; a troca de experiências e conhecimentos adquiridos na intervenção da intervenção com as outras UBS do município; a parceria com o serviço odontológico; o envio das gestantes e puérperas a este serviço para receberem a primeira consulta de avaliação e reconhecimento odontológico; a retroalimentação com a equipe odontológica sobre o cumprimento do atendimento às

prioridades e dos atrasos das gestantes e puérperas e sobre a identificação das faltosas à primeira consulta; e o processo de recuperação de pelo menos a primeira avaliação odontológica durante a visita domiciliar.

Também, continuarei trabalhando com as fichas que a equipe elaborou para cada programa, porque, ambas contêm todas as gestantes e puérperas, com as informações de todos indicadores da intervenção, o que permite realizar com maior facilidade o acompanhamento desses programas. Através dessas fichas obteremos à listagem de cada semana para realizar os atendimentos, e esta poderá ser entregue ao pessoal da recepção com antecedência, facilitando a procura dos prontuários. Ainda, esta planilha tem melhorado o controle e monitoramento das vacinas, odontologia, realização do preventivo, e de busca ativa às faltosas. Além disso, continuará sendo realizado um resumo ou relatório com os dados de cada mês, para manter o monitoramento dos indicadores de ambos os programas. Os dados obtidos a cada mês desde o início da intervenção até o final do ano serão arquivados numa pasta, que será colocada na gaveta do armário que contêm as informações das puérperas junto com os dados de cada ano, com isso, poderemos realizar uma avaliação do trabalho anual, para direcionar e organizar o trabalho da nestes programas.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Exmo. Sr. Secretário Municipal de Saúde de Manicoré, Amazonas

Do dia 16 de março a 5 de junho de 2015, foi realizada uma intervenção em saúde para a população da equipe do setor 3, no Centro de Saúde Mãe Laurinda, com o objetivo de melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério. A intervenção foi proposta pelo Curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Inicialmente foi realizada a identificação e análise das principais dificuldades do trabalho em saúde da equipe. Com estas informações a equipe detectou várias dificuldades no atendimento de pré-natal e puerpério, portanto, escolheu realizar a estratégia da intervenção em ambos os programas. A intervenção se baseou na realização de ações em saúde que abrangeram quatro eixos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Inicialmente foi previsto para realizá-la em 16 semanas, mas, ficou reduzida em 12 semanas devido às mudanças realizadas pela UFPel no cronograma de ensino, mas, isto não interferiu na qualidade dos resultados obtidos. Durante este período houve indisponibilidade de recursos que interferiram na qualidade de alguns dos indicadores, mesmo assim, quase todas as ações foram cumpridas em 100%.

Durante este período, como parte das ações da intervenção, a equipe achou necessário realizar semanalmente a capacitação dos profissionais do CS sobre o protocolo de atenção ao pré-natal e puerpério; estabelecer o papel de cada profissional no cumprimento da intervenção; estabelecer e fortalecer o contato com lideranças comunitárias; capacitar aos ACS para realizarem a busca ativa das

gestantes e puérperas faltosas; verificar a disponibilidade em farmácia dos antianêmicos orais; e monitorar a intervenção.

Esta intervenção de intervenção foi muito bom para a equipe de saúde, para o serviço de saúde e para comunidade, porque, permitiu recuperar a reunião semanal com a equipe e realizar uma discussão preparatória para a reunião; melhorou o acolhimento, cadastramento e acompanhamento das gestantes e puérperas segundo o padronizado pelo Ministério da Saúde; estabeleceu-se um dia fixo com prioridade para o atendimento às gestantes e puérperas; incorporou o espaço da visita domiciliar para realizar o cadastramento, acompanhamento e resgate das usuárias faltosas; melhorou a realimentação entre o hospital e o CS em relação à evolução das usuárias internadas; foi realizada a visita pelo médico, enfermeira e ACS às gestantes que apresentaram parto cesáreo e que ficaram internadas mais que 7 dias no hospital; realizou-se o traslado ao hospital à 100% das usuárias que precisaram de atendimento urgente; incrementou-se o vínculo com o NASF; melhorou o controle e monitoramento das vacinas, odontologia e de busca ativa às faltosas; e incrementou-se o nível de atividades de promoção em saúde em relação a estes programas. É importante assinalar que durante este período foi criado no hospital um novo turno para o processamento dos exames laboratoriais, o que permitiu entregar mais rápido os resultados, e facilitou o processo de acompanhamento em ambos os programas.

Analisando o pré-natal percebemos que no primeiro mês houve dificuldades com o cadastro e acompanhamento das gestantes, porque, foram acompanhadas 32 gestantes de 42 que tínhamos na nossa área, atingindo 76,2% de cobertura. Isto aconteceu, porque, foi o primeiro mês da intervenção e a equipe teve que se adaptar a este novo sistema de trabalho, nos outros meses a equipe conseguiu atingir 100% neste indicador.

Além disso, no primeiro mês, tivemos 59,4% de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, porém, no segundo e no terceiro mês, percebeu-se uma queda neste indicador representado por 50% e 47,4%, respectivamente, portanto, a proporção de gestantes com ingresso no primeiro trimestre da gestação durante da intervenção foi baixa. Isto esteve relacionado com falta de controle da área abrangente de saúde de alguns ACS, de comunicação entre as lideranças comunitárias e a nossa equipe para identificar as gestantes que estão novas na nossa área e não iniciam o pré-natal, pouco número de atividades de promoção e de prevenção em saúde em relação a estes programas, indisponibilidade no CS do teste confirmatório urinário,

deficiências no programa de planejamento familiar e pouco trabalho na identificação do risco pré-concepcional.

A equipe também teve dificuldades com a proporção de gestantes com pelo menos um exame ginecológico realizado por trimestre, porque, atingimos apenas 50%, sendo que no primeiro mês tivemos 16 gestantes avaliadas neste aspecto, no segundo mês 21 e no terceiro mês 19, portanto, não houve adesão nas usuárias para este indicador, o que esteve relacionado com a falta de informação sobre a importância e os benefícios deste exame que ainda existe nas usuárias, o que nos leva a pensar em que as atividades de promoção em saúde sobre este tema foram insuficientes. Entretanto, atingimos 100% nos três meses na proporção de gestantes com prescrição de sulfato ferroso e de ácido fólico, houve indisponibilidade destes recursos, o que provocou muitas críticas das usuárias.

Durante a intervenção a equipe obteve o esquema vacinal completo de antitetânica de 24 gestantes no primeiro mês, atingindo 75%, no segundo mês de 32 gestantes, representando 76,2%, e no terceiro mês de 27 gestantes, o que equivale a 71,1%. Por outro lado, percebe-se que o esquema completo da vacina contra a hepatite B mostrou resultados parecidos aos da vacina antitetânica, porque, no primeiro mês foram 20 gestantes somente as que receberam estas vacinas, atingindo 62,5%, no segundo mês foram 28 gestantes, representando 66,7%, e no terceiro mês 22 gestantes, sendo 57,9%. Com estes resultados podemos afirmar que não houve adesão das usuárias para este indicador. Isto se deveu à falta de um registro na sala de vacinas e de comunicação entre o serviço de vacinas e a nossa equipe de saúde que permitisse o controle das usuárias pendentes de vacinas, e com a falta de um gerador de energia que permitisse conservar melhor e ter livre acesso a este recurso mesmo quando houver falta de energia.

Em relação à primeira consulta odontológica programática, atingimos no primeiro mês 28,1%, com 9 gestantes consultadas, no segundo mês 19%, com 8 gestantes consultadas e no terceiro mês 23,7%, com 9 gestantes consultadas. Isto aconteceu, porque, o serviço esteve parado durante a intervenção, houve indisponibilidade de energia e de recursos. Além disso, inicialmente houve falta de comunicação entre a nossa equipe e os membros da equipe odontológica, em relação às faltosas a esta consulta.

No puerpério percebemos quase as mesmas dificuldades que foram observadas no pré-natal. Aqui atingimos 100% de cobertura. A maior dificuldade neste

programa foi com a proporção de puérperas que receberam exame ginecológico, porque, no primeiro mês atingimos 45,5%, que representa 5 das 11 puérperas do período, no segundo mês atingimos 70%, sendo 14 das 20 puérperas acompanhadas neste mês e no terceiro mês atingimos 94,1%, o que equivale a 16 das 17 puérperas do período. Apesar de que ao final do período houve uma melhoria deste indicador, é necessário incrementar o número de atividades de promoção em saúde sobre a importância deste exame na prevenção da infecção puerperal, incrementar o contato com as lideranças comunitárias para estimular às usuárias a realizar este exame, manter o exame físico durante os 7 primeiros dias do puerpério, manter a retroalimentação com o hospital em relação às usuárias que forem encaminhadas com intercorrências que envolvam o aparelho ginecológico, e garantir ultrassom de urgência para as usuárias com suspeita de infecção puerperal.

A equipe deverá continuar o sistema de trabalho que tem sido implementado, com o objetivo de melhorar os resultados alcançados em ambos os programas e de melhorar a qualidade de vida da população. Embora a equipe tenha enfrentado dificuldades durante a realização da intervenção, eu penso que trabalhou unida e se esforçou muito, portanto, agradeço a todos os membros da equipe e a todos os funcionários do serviço pelo apoio oferecido para a realização desta intervenção. Apesar da indisponibilidade de recursos, agradeço aos nossos gestores em saúde pelo apoio oferecido, porque, organizaram e forneceram todos os recursos para a reunião de apresentação da intervenção para a comunidade, realizaram a impressão das fichas espelho e dos banners de ambos os programas e forneceram a faixa que foi colocada em frente ao CS para identificar a nossa intervenção. Para manter os atendimentos com qualidade a equipe conta com o apoio dos gestores e dos recursos que ainda estão pendentes

.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

### Carta Aberta aos usuários do Centro de Saúde Mãe Laurinda

Do dia 16 de março a 5 de junho de 2015, foi realizada uma intervenção em saúde para as gestantes e puérperas da área 3 do Centro de Saúde Mãe Laurinda, com o objetivo de melhorar a atenção dos programas de pré-natal e do puerpério. Durante este período a equipe cumpriu adequadamente com o cronograma e com as ações que foram previstas na intervenção.

Semanalmente durante este período, todos os membros da equipe de saúde incrementaram os seus conhecimentos sobre pré-natal e puerpério; iniciou-se e fortaleceu-se a comunicação com as lideranças comunitárias para falar sobre as necessidades de ambos os programas; os ACS foram treinados para realizarem a busca ativa das gestantes e puérperas faltosas à consulta; foi monitorada a intervenção; realizou-se atendimento clínico das usuárias de ambos os programas; foi incorporado o espaço da visita domiciliar para realizar a busca ativa das faltosas à consulta, retomou-se a realização da consulta odontológica à gestante; realizou-se vacinação; e incrementou-se o número de atividades de promoção em saúde.



Figura 17- Fotografia: Atividade educativa sobre técnicas corretas de amamentação e vantagens da sua realização para a família, a puérpera e o recém-nascido.

Para organizar os atendimentos, e dar prioridade às usuárias de ambos os programas a equipe decidiu disponibilizar 5 vagas do atendimento na quinta-feira, nos dois turnos de atendimento. O tempo de consulta aumentou para ter melhor qualidade, o que exige adaptação das gestantes e puérperas e do resto da população. Ainda existem muitas usuárias faltosas às consultas programadas e agendadas tanto com o médico quanto com a enfermeira, além disso, existem muitas usuárias faltosas à primeira consulta odontológica e algumas sem tomar as vacinas necessárias. Portanto, acho que é necessário contar com o apoio da família para resgatar as usuárias que estão pendentes tanto de consultas quanto de vacinas.

Aumentamos o número de usuárias enviadas para avaliação com nutricionista, o que tem permitido realizar uma avaliação integral e diminuir o número de usuárias com ganho de peso exagerado e com hipertensão ou diabetes. Além disso, incrementou-se o número de usuárias avaliadas de forma preventiva pela psicóloga, desfazendo a ideia de que as usuárias devem ir com o psicólogo quando apresentar alguma doença.

No caso do atendimento clínico é importante assinalar, que ainda existem gestantes que não gostam de iniciar o pré-natal no primeiro trimestre, nem gostam de ir ao CS durante os 7 primeiros dias após o parto, o que impede de realizar uma

captação precoce e melhorar qualidade de ambos os programas. Além disso, existem usuárias que não permitem nem o médico nem a enfermeira realizar pelo menos um exame ginecológico em cada trimestre. É importante incrementar as atividades de promoção em saúde sobre a importância tanto da realização do preventivo quanto do exame ginecológico, porque, ambos constituem elementos importantes no rastreamento do câncer de colo de útero e das doenças sexualmente transmissíveis.

Outro elemento a destacar é sem dúvida a organização dos arquivos e o preenchimento adequado dos registros de ambos os programas. Durante a intervenção melhorou a organização dos prontuários, estes foram revisados no tempo estabelecido, e completou-se o registro de toda a informação necessária neles. Isto tem permitido melhorar o monitoramento e controle de ambos os programas.



Figura 18- Fotografia: Trabalho organizativo da ESF na sala de recepção onde são armazenados todos os prontuários.

Também melhorou a comunicação entre os funcionários do hospital e os membros da equipe em relação às informações das gestantes e puérperas. Atualmente todas as usuárias com necessidade de atendimento urgente são transferidas ao hospital utilizando a ambulância. Durante este período foi criado no hospital um novo turno para o processamento dos exames laboratoriais, o que permitiu entregar mais rápido os resultados, e facilitou o processo de acompanhamento.

Durante os três meses da intervenção a equipe teve dificuldades com o serviço odontológico por indisponibilidade de recursos, avarias nos aparelhos do serviço e por falta de energia. Isto impediu que fosse realizada tanto a primeira consulta de avaliação odontológica quanto às consultas de acompanhamento. Mesmo assim, a equipe estabeleceu uma parceria com o pessoal do serviço odontológico o que permitiu recuperar alguns atrasos da primeira consulta de avaliação odontológica aproveitando o espaço da visita domiciliar, e identificar as prioridades dentro dos atrasos para avaliação quando o serviço voltasse a funcionar.



Figura 19- Fotografia: Visita domiciliar à puérperas realizada pelos ACS, Dentista, Técnico do Consultório dentário, Alunos do curso técnico de auxiliar odontológico, enfermeira e médico da equipe.

Todas as gestantes e puérperas foram orientadas para manter uma nutrição correta; manter o uso do preservativo durante a relação sexual; escolher um método anticoncepcional após parto; evitar o tabagismo, o consumo de drogas ou álcool; manter adequada higiene bucal; realizar o aleitamento materno adequado; realizar os cuidados do recém-nascido; entre outros.

Sem dúvida a comunidade tem sido um elemento muito importante nesta intervenção, porque, tem nos permitido através da comunicação constante conhecer

as falhas e os acertos da intervenção, além disso, com a ajuda e opiniões da comunidade temos melhorado o processo de atendimento de ambos os programas. Mas, acredito que ainda falta muito para ser feito, portanto, não podemos ficar conformados com o que foi atingido até agora. Portanto, temos que continuar estimulando à população a interagir conosco nas mudanças que estão sendo desenvolvidas, para melhorar a qualidade do processo de atendimento em saúde. A participação da comunidade durante esta intervenção foi boa, mas, quanto maior for a parceria e o apoio dos membros da comunidade nas atividades de saúde que continuarão sendo realizadas no CS e na área de abrangência, melhor será o impacto transformador dessas atividades na qualidade de vida da população.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Durante o curso inicial recebido em Brasília fiquei sabendo da exigência do Programa Mais Médicos em relação à realização de uma especialização em Medicina Geral, e achei que isto era totalmente errado, porque, eu já era especialista formado há vários anos e com experiência docente em outro país, porém, sempre fui formado nos princípios de disciplina e de responsabilidade, portanto, eu devia cumprir com o meu contrato de trabalho, respeitar à universidade que organizou e ofereceu a especialização, encarar o desafio e cumprir com as exigências do curso.

Após o início do curso analisei o programa de ensino e os seus objetivos e conclui que este processo de ensino era necessário, constituía uma boa oportunidade para aprofundar os meus conhecimentos médicos e para melhorar o aprendizado da língua portuguesa. Penso que o verdadeiro cientista não pode pensar que sabe de tudo, o verdadeiro cientista enfrenta o desafio e aproveita qualquer tipo de oportunidade para autopreparação, porque, o profissional da saúde nunca termina de apreender devido a que todos os dias aparecem novas descobertas científicas na área da saúde, portanto, os profissionais da saúde não podem subestimar os conhecimentos em relação à saúde ou à medicina de outros países ou regiões do mundo.

Inicialmente tive muitas dificuldades para acessar ao DOE, porque, não estava familiarizado nem com a língua portuguesa, nem com este tipo de ensino, o nosso município não tinha boas condições de internet e apresentava indisponibilidade de energia pelas fortes chuvas e por avarias nos geradores. Além disso, comprovei nestas circunstâncias que o tempo que foi estabelecido para realizar os estudos do curso era insuficiente, portanto, o nível de exigência do curso não era compatível com

as condições para desenvolver os estudos. Isto me levou a recuperar várias unidades, o que me desmotivou um pouco em relação ao curso, porque, eu queria cumprir com as exigências do curso, mas, não tinha todas as condições suficientes para fazê-lo. Mesmo assim, continuei lutando para cumprir com as demandas do curso e busquei o apoio comunitário, o que me ajudou a vencer essas dificuldades. É importante assinalar que durante estes últimos meses tenho tido o apoio de uma excelente orientadora e profissional de saúde, que me permitiu recuperar os atrasos e realizar com boa qualidade todas as tarefas do curso.

Acredito que para oferecer um atendimento em saúde de qualidade precisávamos de uma capacitação sobre as partes medulares do SUS e do funcionamento da unidade de saúde, além disso, era importante detectar os problemas de funcionamento do estabelecimento de saúde para oferecer soluções que permitissem melhorar a qualidade de vida da população abrangente. Com esta especialização aprofundei meus conhecimentos sobre os Cadernos das Ações Programáticas, melhorei a minha escrita e a minha fala, consegui transmitir à minha equipe a necessidade de manter na APS um enfoque de promoção e prevenção em saúde e a necessidade de ter domínio total dos protocolos estabelecidos pelo MS nos atendimentos aos usuários, entre outros.

Sem dúvida esta especialização tem me permitido exercitar e por em prática o que já conhecia, e também tem me permitido adquirir novos e importantes conhecimentos sobre APS, funcionamento e princípios do Sistema Único de Saúde Brasileiro, enfermidades tropicais, entre outros. Também esta especialização tem me dado uma visão mais completa e abrangente do conceito da APS, da promoção e da prevenção em saúde e tem me permitido por em prática na rotina diária de trabalho os novos conhecimentos adquiridos durante o processo de ensino, o que certamente tem sido muito importante para o processo transformador em saúde na minha área de abrangência.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno infantil**. 2. ed. São Paulo: Reishman e Afonso Editores, 2000. 523. p.

CABRAL, F. B.; HIRT, L. M.; VAN DER SAND, I.C.P. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 281-287, abr. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29. Jul.2015.

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; JÚNIOR, L.C.; HIGASI, M.S. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.2297-2301. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a29.pdf>>. Acesso em: 29 jul 2015.

FERREIRA, G.A.; GAMA, F. N. Percepção de gestantes quanto o ácido fólico e sulfato ferroso durante o pré-natal. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga: Unileste-MG, v.3, n.2, nov./dez. 2010. Disponível em:< [http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3\\_2/10-percepcao-gestantes-quanto-ao-acido-folico-e-sulfato-ferroso-no-pre-natal.pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/10-percepcao-gestantes-quanto-ao-acido-folico-e-sulfato-ferroso-no-pre-natal.pdf)>. Acesso em: 30 jul 2015.

GONÇALVES, C. V. et al. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 5, p. 2501-2510, mai. 2011. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000500020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 jul 2015.

HASS, C.N.; TEIXEIRA, L.B.; BEGHETTO, M.G. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre- RS. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre- RS, v. 34, n.3, p.22-30, set. 2013. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000300003&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000300003&script=sci_arttext&lng=en)>. Acesso em: 28 jul. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**. 2010. Disponível em:< <http://cod.ibge.gov.br/3AN>>. Acesso em: 11 de jul de 2015.

MONTEIRO, D.L.M.; MENEZES, D.C.S.; NUNES, C.L.; ANTUNES, C.A; ALMEIDA, E.M de.; TRAJANO, A.J. B. Câncer de mama na gravidez: diagnóstico e tratamento. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.67-71.2014. Disponível em:<[http://www.researchgate.net/publication/270621926\\_Cncer\\_de\\_mama\\_na\\_gravidez\\_Diagnstico\\_e\\_Tratamento](http://www.researchgate.net/publication/270621926_Cncer_de_mama_na_gravidez_Diagnstico_e_Tratamento)>. Acesso em: 30 jul. 2015.

POLGLIANI, R. B.S; SANTOS NETO, E. T. dos; ZANDONADE, E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v.36, n.6, p.269-275, jun. 2014. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032014000600269&lng=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000600269&lng=PT)>. Acesso em: 29 jul. 2015.

SUCCI, R.C.M.; FIGUEIREDO, E.N.; ZANATTA, L.C.; PEIXE, M.B.; ROSSI, M.B.; VIANNA, L.A.C. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.16, n.6,

nov./dez.2008. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_08.pdf)>. Acesso em: 27 jul. 2015.

SAUNDERS,C.; PADILHA, P.C.; CHAGAS, C.B; SILVA, C.L.da.; ACCIOLY, E.; RAMALHO, A. Consistência das informações de um estudo sobre o impacto da assistência nutricional no atendimento pré-natal. **Rev. Paul Pediatr**, São Paulo, v.27, n.1, p.60-6.2 009 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n1/10.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

VIEIRA, S.M.; BOCK, L.F.; ZOCHE, D.A.; PESSOTA, C.U. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n. esp, p. 255-62. 2011. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea32.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento 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 Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal 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



# Anexo C - Ficha espelho

Diminuir zoom (Ctrl+menos)

**FICHA ESPELHO**  
**PROGRAMA DE PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO**

Departamento de  
Medicina Social

**UFPEL**

Data de ingresso no programa: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_ N°SISPre-natal: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_

Anos completos de escolaridade: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_ Raça: ( ) Amarela ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Negra ( ) Parda ( ) Não informada

Estado civil/união: ( ) casada ( ) estável ( ) solteira ( ) outra Gest: \_\_ Peso anterior a gestação: \_\_kg Altura: \_\_cm Tabagista? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES DE GESTAÇÕES PREVIAS**

N° de nascidos vivos: \_\_ N° de abortos: \_\_ N° de filhos com peso < 2500g: \_\_ N° de filhos prematuros: \_\_ N° partos vaginais scm fórceps: \_\_ N° de partos vaginais com fórceps: \_\_ N° de episiotomias: \_\_ N° de cesáreas: \_\_

Realizou consultas de pré-natal em todas as gestações? ( ) Sim ( ) Não Data do término da última gestação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Alguma comorbidade? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES DA GESTAÇÃO ATUAL**

DUM: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ DPP: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Trimestre de início do pré-natal: \_\_\_\_\_ Data da vacina antitetânica: 1ª dose: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 2ª dose: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 3ª dose: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Reforço: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data da vacina Hepatite B: 1ª dose: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 2ª dose: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 3ª dose: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Data da vacina contra influenza: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Há necessidade de tratamento odontológico? ( ) Sim ( ) Não

Data da 1ª consulta odontológica: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

CONSULTA DE PRÉ-NATAL											
Data											
Id.gest.(DUM)											
Id.gest.(ECO)											
Pres. Arterial											
Alt. Uterina											
Peso (kg)											
IMC (kg/m <sup>2</sup> )											
BCF											
Apresent. Fetal											
Exame ginecológico*											
Exame das mamas*											
Toque**											
Sulfato ferroso?											
Ácido fólico?											
Risco gestacional***											
Orientação nutricional											
Orientação sobre cuidados com o RN											
Orientação sobre aleitamento materno											
Orientação sobre tabagismo/ álcool/drogas e automedicação											
Orientação sobre anticoncepção do pós-parto											
Data prox.consulta											
Ass. Profissional											

\*Obrigatório na primeira consulta. Após, conforme a necessidade. \*\*Toque: conforme as necessidades de cada mulher e a idade gestacional. \*\*\*Baixo ou alto risco conforme recomendação do Ministério da Saúde

EXAMES LABORATORIAIS									
	Data de requisição	Data de entrega	Resultado	Data de requisição	Data de entrega	Resultado	Data de requisição	Data de entrega	Resultado
Tipagem sanguínea									
Fator Rh									
Coombs indireto									
Hemoglobina									
Glicemia de jejum									
VDRL									
Anti-HIV									
IgM Toxoplasmose									
IgG Toxoplasmose									
HBsAG									
Anti-Hbs									
Exame de urina									
Urocultura									
Antibiograma sensível a									
Exame da secreção vaginal									
Exame para detecção precoce: câncer de colo do útero									
Outros									

ECOGRAFIA OBSTÉTRICA						
Data	IG DUM	IG ECO	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

**ATENÇÃO AO PUERPÉRIO**

Data do parto: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Local do parto: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: ( ) Vaginal sem episiotomia ( ) Vaginal com episiotomia ( ) Cesariana

Se parto cesáreo, qual a indicação? \_\_\_\_\_ Alguma intercorrência durante o parto? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Peso de nascimento da criança em gramas: \_\_\_\_\_ A criança está em AME? ( ) Sim ( ) Não

Departamento de  
Medicina Social

**UFPEL**

CONSULTA PUERPERAL			
Data		Data	
Pressão arterial		Método de anticoncepção prescrito	
Situação dos lóquios		Prescrição de sulfato ferroso	
Exame das mamas		Orientações sobre cuidados com RN	
Exame do abdome		Orientações sobre AME	
Exame ginecológico		Orientação sobre planejamento familiar	
Estado psíquico		Data da próxima consulta (se necessário)	

## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, Marcel Sanchez Brito, médico, RMS 1300237, Projeto Mais Médicos para o Brasil, e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante