

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

HELENA BEATRIZ MEDRADO DE BARCELLOS

**O SUPORTE DOMICILIAR COMO ORIENTAÇÃO AOS CUIDADOS
COM O RECÉM-NASCIDO E AO AUTOUIDADO DA MÃE**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2014**

HELENA BEATRIZ MEDRADO DE BARCELLOS

**O SUPORTE DOMICILIAR COMO ORIENTAÇÃO AOS CUIDADOS
COM O RECÉM-NASCIDO E AO AUTOCUIDADO DA MÃE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2014**

HELENA BEATRIZ MEDRADO DE BARCELLOS

**O SUPORTE DOMICILIAR COMO ORIENTAÇÃO AOS CUIDADOS
COM O RECÉM-NASCIDO E AO AUTOCUIDADO DA MÃE**

Banca examinadora

Prof. Prof. Edison José Corrêa - orientador

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em ----/12/2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às mulheres brasileiras verdadeiras mães, donas de casa, trabalhadoras, que merecem todo respeito e admiração pela luta diária e dedicação à família e ao trabalho. Dentre essas mulheres, dedico especialmente à minha mãe, que é exemplo de abdicção e doação para que os objetivos dos filhos sejam alcançados.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu filho Pedro pela inspiração na realização desse trabalho e por me ensinar dia-a-dia que a maternidade é um aprendizado constante e que cada bebê possui uma natureza.

RESUMO

O suporte assistencial domiciliar possibilita conhecer a realidade e as dificuldades enfrentadas pelas mães no cuidado com o recém-nascido e no seu autocuidado. Este trabalho teve o objetivo de apresentar uma proposta de intervenção para o suporte domiciliar as mães situadas na microárea 7 do município de Contagem. Para que essas ações fossem viabilizadas, identificamos quatro “nós críticos”, a saber: educação permanente em saúde com foco na assistência materno-infantil; suporte social; dificuldade de acesso das puérperas até a unidade básica de saúde; implementação da “Primeira Semana”- saúde integral. Após a identificação dessas fragilidades foi proposto intervenções respeitando às singularidades, complexidades da microárea, bem como das mães. No entanto, fica a consideração de que há grande necessidade de maior reflexão sobre como otimizar as visitas domiciliares para que estas sejam um meio eficiente de promover a saúde, embora não haja dúvidas de que ela é um importante instrumento qualificador da assistência.

Palavras chave: Visita Domiciliar. Recém-nascido. Período pós-parto. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The home support care enables to know the reality and the difficulties faced by mothers in caring for newborn and herself-care. The aim of this study was to present a proposal for intervention in domestic support to mothers located in the micro area seven in the city of Contagem. Therefore, four critical points were identified to enable these actions, as described: ongoing health education with a focus on maternal and child care; social support; difficult access of mothers to the Basic Health Unit; implementation of the First Week-full health. Thus, we proposed interventions respecting the singularities and complexities of mothers and micro area. In this way, we conclude that there is need for further reflection on how to increase the effectiveness of home visits to promote health, since it is an important qualifier instrument of assistance.

KEY WORDS: Home Visit. Newborn. Post partum period. Nursing care.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Programa Saúde da Família
PSMI	Programa de Saúde Materno-infantil
RN	Recém-nascido
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
4 METODOLOGIA	15
5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
5.1 Aspectos conceituais básicos	16
5.2 Princípios e diretrizes básicos do Sistema Único de Saúde	17
5.3 Modelos de assistência e estratégia Saúde da Família	18
5.4 Enfermagem e modelo de atenção à saúde	20
5.5 Saúde materno-infantil	22
5.6 Ações estratégicas para o pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal	23
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERENCIAS	32

ANEXO A - Ações estratégicas para o pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal

1 INTRODUÇÃO

A história da Enfermagem evoluiu com o tempo e confirma cada vez mais que promover a saúde é melhor que combater doenças. Essa afirmação se valida ao passo que mesmo superficialmente, passamos pelos fatos históricos das doenças que mais matam no Brasil e que, poderiam ser evitadas com ações de prevenção. O campo de abrangência deste assunto é vasto, porém, neste estudo, a ênfase será dada especificamente à proposta de um plano de intervenção sobre um problema considerado prioritário, no sentido de resolver uma situação vivenciada por uma equipe de Saúde da Família. No presente caso, a melhora dos cuidados de enfermagem no domicílio, à puérpera e ao seu recém-nascido.

Contagem, cidade de 617.749 habitantes tem densidade demográfica de 2.748,0 hab./km² e a altitude da sede corresponde a 902 metros. Possui uma área total de 194,586 km².

Ao longo do tempo, os limites geográficos da cidade perderam-se em virtude do seu crescimento horizontal em direção à capital, ocasionando uma intensa conurbação com Belo Horizonte. Em 2012, Contagem estava integrada à Região Metropolitana de Belo Horizonte, sendo uma das mais importantes cidades dessa aglomeração urbana, principalmente pelo seu grande parque industrial. Seu sistema viário, planejado para comportar um fluxo intenso de veículos e de carga, é feito através das principais rodovias do país, a BR-381 (Fernão Dias - acesso a São Paulo), BR-262 (acesso a Vitória e Triângulo Mineiro) e a BR-040 (acesso a Brasília e Rio de Janeiro). (IBGE 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Contagem é de 0,756. É um bom índice quando relacionamos ao IDHM do Brasil que é de 0,744, em 2010 (BRASIL, 2014).

Contagem incorporou o Programa Saúde da Família (PSF) ao sistema de saúde local em 1997. Atualmente o município conta com 90 equipes, distribuídas por sete distritos sanitários. Contagem teve muitos avanços na saúde e possui um Conselho Municipal de Saúde atuante, com reuniões mensais. A participação social foi de suma importância para a consolidação da melhoria da assistência à saúde do município, que conta com os equipamentos relacionados a seguir serviços:

Equipes de Saúde da Família: 90

Unidades Básicas de Saúde: 18

Unidades de Pronto Atendimento: 4

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): 1

Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI): 1

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD): 1

Unidades de Consultas Especializadas: 2

Hospital Municipal de Contagem: 1

Centro de Especialidades Odontológicas: 1

Maternidade Municipal: 1

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): 8 equipes

Equipes de Saúde Bucal: 32 unidades de saúde bucal, sendo 44 cirurgiões dentistas com carga horária semanal de 20 horas e 14 com carga horária semanal de 40 horas.

Equipe de Saúde da Família (ESF) Vale das Amendoeiras

A população da área de abrangência da ESF Vale das Amendoeiras é correspondente a 6.100 pessoas com 1.754 famílias. O número de famílias que possui água encanada é de 1.724, todas as moradias são de tijolos e 100% delas possui energia elétrica.

A grande maioria dos homens trabalha na construção civil e indústrias de Contagem, Betim e Belo Horizonte. A qualidade de vida da população melhorou muito nos últimos oito anos. A região da área de abrangência da UBS Vale das Amendoeiras

tem opções locais de lazer como o Parque Vale das Amendoeiras, a Academia da Cidade, a Praça da Juventude, o teatro de arena, entre outros.

Os profissionais de saúde realizam as atividades na Unidade Básica de Saúde (UBS) e nos equipamentos existentes no território. Um dos desafios da gestão local é melhorar o acesso para a população que está localizada em pontos mais afastados da Unidade Básica de Saúde. Pensando nesse difícil acesso, a Equipe realiza atividades nas áreas mais distantes da UBS, a fim de garantir acesso à população a todas as microáreas.

Assim, a Equipe de Saúde da Família identificou a necessidade de assistência ao pós-parto e recém-nascido de mulheres da microáreas 7 (sete), localizada a cinco quilômetros da UBS Vale das Amendoeiras, de difícil acesso. A população da microárea é de 1300 habitantes, sendo 12 de crianças até um mês de idade. Esse número não guarda relação com o percentual de população até um ano de Minas Gerais, estimada em 1,27% (CORREA, LEÃO e SENA, 2013).

As ruas são de terra, não há transporte coletivo e a população dessa área não consegue comparecer à UBS, com frequência. A fim de garantir uma melhor assistência a essas mulheres e seus bebês, a equipe propôs um projeto de intervenção, com suporte domiciliar para essa microárea específica, visando a orientação aos cuidados com o recém-nascido e ao autocuidado da mãe.

3 JUSTIFICATIVA

O suporte assistencial domiciliar é um recurso de enfermagem, que possibilita uma atenção mais próxima do contexto social familiar, pois permite conhecer a realidade e dificuldades enfrentadas pelas mães no cuidado com o RN e no seu autocuidado.

Sendo assim, este trabalho se justifica, pois foi vista a necessidade de um projeto de orientação sobre o cuidado com o recém-nascido (RN) e autocuidado da mãe, para a microáreas 7 (sete), do território adscrito à equipe de Saúde da família Vila das Amendoeiras. A proposta de trabalhar o tema é de relevância social, uma vez que em seu desenvolvimento, a ação de orientação à puérpera em domicílio favorece a tranquilidade e a segurança da família à luz da orientação da enfermagem técnica/científica, conforme realidades e necessidades da puérpera, além de contribuir para a construção de um corpo de conhecimentos que qualifique a visita domiciliar, como estratégia assistencial na área materno infantil. Justifica-se, ainda, por ser esse tema objeto de política pública, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Apresentar plano de intervenção para o suporte domiciliar à orientação dos cuidados com o recém-nascido e ao autocuidado da mãe, na microárea sete do território adscrito à Equipe de saúde da Família Vale das Amendoeiras, em Contagem, Minas Gerais.

Objetivos específicos

Apresentar proposta de educação permanente em saúde, para a equipe de Saúde da Família, com foco na assistência materno-infantil.

Propor medidas de suporte social, articuladas ao trabalho da equipe de saúde, especialmente à equipe de enfermagem.

Definir e propor medidas de superação da dificuldade de acesso das puérperas até a Unidade Básica de Saúde do Vale das Amendoeiras, como expansão da Atenção Básica.

Propor estratégias para implementar a “Primeira semana: saúde integral”.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho foram seguidas as seguintes etapas:

- Levantamento de dados sobre o município de Contagem e do território de abrangência da Equipe de Saúde da Família do Vale das Amendoeiras, especialmente sua Microárea 7. Para tal foram utilizadas informações locais e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (BRASIL, 2014).
- Diagnóstico situacional utilizando a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, trabalhado na disciplina planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010),
- Revisão bibliográfica de 27 artigos pesquisados na Biblioteca Virtual em Saúde, nos seguintes bancos de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

A pesquisa foi realizada por meio dos seguintes descritores:

Visita Domiciliar, Recém-nascido, Período pós-parto e Cuidados de Enfermagem.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Como embasamento para uma proposta de intervenção para melhoria da assistência materno-infantil é importante um alinhamento sobre os aspectos conceituais básicos, os princípios do SUS, os modelos de assistência e o papel da enfermagem.

Aspectos conceituais básicos

O puerpério tem a duração de 28 dias. Mas há aqueles que consideram puerpério o tempo em que a anatomia da mulher volta ao seu estado anterior à gravidez, o que pode variar até um ano. Conforme Fonseca (2002) a mãe, quando ensinada a cuidar, torna-se agente multiplicador de saúde em âmbito individual, familiar, social e ecológico.

O puerpério é um tempo de restauração, de mudanças, de interação, de troca e, é nessa situação, em que se apresentam mudanças tanto psicológicas quanto fisiológicas num dinamismo acelerado, que a mulher se defronta com a sobreposição de papéis (mulher, esposa, mãe, nutriz, paciente). (CARRARO, 1999, p. 58).

Recém-nascido, é considerado do nascimento até o 28º dia de nascido, e nesta fase é de grande importância tornar cada vez melhor o vínculo entre o binômio mãe/filho para que a qualidade de vida de ambos possa ser melhor.

A mortalidade neonatal (0 a 27 dias) é considerada a de mais difícil controle, já que está ligada a condições de vida favoráveis, em que são considerados essenciais os fatores biológicos favoráveis e boas condições socioeconômicas, bem como a qualidade da atenção à saúde perinatal. Conforme relatado no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal do Ministério da Saúde, os óbitos infantis pós-neonatais ocorrem em grande parte por causas evitáveis (causas perinatais, pneumonia, desnutrição e diarreia), relacionadas com a condição de vida e com o acesso da população a serviços de qualidade (BRASIL, 2004).

Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde

A reforma do Sistema de Saúde no Brasil nos anos 80 aconteceu em meio a um movimento amplo de redemocratização do país e resgate de cidadania, denominado Reforma Sanitária. Como marco teórico deste momento ressalte-se a Constituição Federal (BRASIL, 1988) e os princípios e diretrizes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que é um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

O SUS foi instituído com o objetivo de identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; de formular as políticas de saúde destinadas a promover ações e serviços de saúde; bem como de assistir as pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2001).

As ações e serviços que integram o Sistema Único de Saúde são desenvolvidos, de acordo com o art. 198 da Constituição Federal, em uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: **descentralização** com direção única em cada esfera do governo; o **atendimento integral** com prioridade para as atividades preventivas, sem que haja prejuízo dos serviços assistenciais; e a **participação da comunidade**. Estas ações do SUS obedecem aos princípios da **universalidade** de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; da **integralidade** de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema e da **equidade** de assistência à saúde sem preconceito ou privilégio de qualquer espécie.

Conforme a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988, art.196) a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução dos riscos de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

A partir da publicação da nova Constituição, várias iniciativas institucionais legais e comunitárias foram criando as condições de viabilidades do direito à saúde. Em uma delas, a Norma Operacional Básica – NOB 93 (BRASIL, 1993), que chega com a finalidade de consolidar e promover o pleno exercício por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, há uma redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS. Assim, o município passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas da saúde da população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território com a cooperação dos poderes públicos estadual e federal. O município, agora, fica responsável pela viabilidade na prestação de serviços de saúde e pela gestão que atenda com integralidade a demanda da população, porém sem excluir a responsabilidade da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

No início da década de 1990, iniciou a implantação do PSF em função do alcance da universalidade da atenção básica à saúde e de sua melhoria. A partir da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), este passou a ser considerado como uma estratégia para novas formas de reestruturar e reorganizar as práticas de assistência no sistema de saúde (BRASIL, 1996).

Modelo de assistência e estratégia Saúde da Família

O modelo de assistência predominante no Brasil ainda é o modelo biomédico, em que a atenção para o tratamento da doença é maior que a atenção para a preservação da saúde. A cura medicamentosa é objeto de trabalho na maioria dos serviços de saúde e quando se fala de preservação ela muitas vezes é praticada como forma de evitar agravos de um problema pré-existente. Diante desse fato, fica claro que há a necessidade de repensar, com maior ênfase, o conceito de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Com o objetivo de dar suporte assistencial à saúde da população, em 1994 surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), proposto pelo Ministério da Saúde, com o intuito de obter um crescimento significativo na atenção primária e reduzir a demanda de

atendimento na atenção secundária e terciária (BRASIL, 1997). Sendo assim, o PSF, denominado atualmente, Estratégia Saúde da Família (ESF), tem como objetivo a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição do modelo biomédico. A atenção é voltada para a família na forma de promoção, prevenção e recuperação da saúde, que vai desde o recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 1997).

Mendes (1996), afirma que a ESF é o eixo estruturante no campo dos serviços de saúde em nível da atenção primária, tem seu maior desafio para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais. Este autor acrescenta:

A consolidação da Saúde da Família nos grandes centros urbanos vive um paradoxo: ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes a processos de mudança. Em relação às práticas profissionais, estas não conseguem atender adequadamente as novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde: integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar, trabalho em equipe (MENDES, 1996,p. 233-300).

Nessa nova concepção assistencial a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, na qual a visita domiciliar possibilita uma maior compreensão do processo saúde/doença e das necessidades de intervenções.

Em 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nas USB (Unidade Básica de Saúde), utilizando como estratégia as visitas domiciliares programadas com o intuito de propor ações de intervenções planejadas, que abrangem a educação, prevenção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e seus familiares no contexto de suas residências. A ideia principal, portanto, é a de integralidade da atenção com foco na família, estimulando a corresponsabilidade de forma humanizada através da formação de vínculo entre profissionais e a população territorializada, em favor da promoção da saúde.

No PSF, cada equipe é formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde que respondem por uma área adscrita, sendo responsável por 600 a 1.000 famílias, dependendo das diversidades regionais (SENNÁ, 2002). Outros profissionais como assistentes sociais, psicólogos e dentistas, poderão ser incorporados às equipes formando equipes de apoio.

Enfermagem e modelo de atenção à saúde

Para Nogueira e Fonseca (1977) o surgimento do serviço de enfermeiras visitadoras no Brasil é marcado com o objetivo da prevenção. As autoras afirmam que em 1920, Amaury de Medeiros introduz na Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro, um curso de visitadoras sanitárias. Nesse mesmo ano foi criado o serviço de visitadoras como parte do serviço de profilaxia da tuberculose. Tal iniciativa marca a inclusão da visita domiciliar como atividade de saúde pública.

Lopes, Saupe e Massaroli (2008) com a reorientação do modelo de atenção à saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) pode-se apontar a visita domiciliar como um eixo transversal que passa pela universalidade, integralidade e equidade. É também um espaço construtor de acesso às políticas públicas, através da relação que se estabelece entre os diferentes sujeitos do processo.

Para que haja a assistência domiciliar, a pessoa deve procurar a UBS mais próxima de sua casa, se registrar nesta unidade, e ter algum membro da família ou vizinho como apoio para o desempenho dos cuidados necessários que serão acompanhados por uma equipe desta UBS. O espaço domiciliar da pessoa passa a ser considerado, em todo seu contexto, como alvo estratégico de investigação para a ESF (Estratégia de Saúde da Família). Para Pereira (1994), a visita domiciliar tem o objetivo de promover assistência integral ao paciente.

É preconizado que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) realize no mínimo uma visita domiciliar por mês a cada família de sua área de abrangência, sendo que, quando necessário, esta visita pode e deve ser repetida conforme os determinantes e condicionantes de cada realidade, aos demais profissionais da ESF, cabe o

planejamento de suas visitas domiciliares atendendo as demandas identificadas pelos ACS (BRASIL, 2001).

Segundo Paskulin e Dias (2002), o atendimento domiciliar favorece o vínculo dos profissionais de saúde com o paciente e seus familiares em seu próprio meio, este vínculo pode propiciar uma avaliação das condições desta família e pode ser de grande importância para o sucesso do acompanhamento da sua saúde.

Para Kawamoto *et al.* (1995), visita domiciliar é um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial. A visita, como é realizada no âmbito domiciliar, proporciona uma dinâmica aos programas de atenção à saúde, portanto, “constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo de saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando a promoção da saúde da coletividade” (TAKAHASHI, 2001).

Para Santana *et al.* (2011, p. 5082) as visitas domiciliares são momentos que devem ser aproveitados para a realização de ações que visam atendimento educativo e assistencial. Deve estar direcionada para a educação em saúde e a conscientização dos indivíduos com relação aos aspectos de saúde no seu próprio contexto.

Drulla *et.al.*, (2009.p.673) diz que:

Conhecer a realidade, trocar informações dos familiares e assim subsidiar a construção de projeto de intervenção mais próximo das famílias. É uma prática que permite a construção de vínculos, pois proporciona ambiente e um atendimento mais humanizado, indo além das orientações, com intuito de promoção da saúde e qualidade vida das famílias.

As informações sobre a importância do pré-natal tem ênfase na estratégia de proteção à saúde tanto materna quanto do feto e vem frisando o objetivo da atenção ao pré-natal e puerperal alegando que acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2005).

Considerando a importância de se respeitar conhecimentos prévios advindos de sabedoria popular ou de experiência compartilhada de outras mães, elaborou-se uma programação individual para atender especificamente cada necessidade.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2006) assistência domiciliar (ou atendimento) é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio.

Saúde materno-infantil

O Pré-natal é a assistência de saúde prestada a gestantes, pelos profissionais da área de enfermagem e de medicina durante os nove meses de gravidez, com o intuito de prevenir problemas para a mãe e para a criança durante a gestação e na hora do parto. Em 1953 ocorreu a criação do Ministério da Saúde, que coordenou, no território nacional, a política de atenção à saúde, incluindo à assistência materno-infantil. Em 1975, surgiu o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), em que o alvo era as gestantes, parturientes, puérperas e as mulheres em idade fértil. Em 1978, o Ministério da Saúde cria o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, preocupado em prevenir as gestações de alto risco, conforme mencionam Nagahama e Santiago (2005).

O Ministério da Saúde implementou, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com objetivo de incluir a assistência à mulher desde a adolescência até a terceira idade, comprometendo-se com o direito das mulheres, oferecendo a opção de exercerem a maternidade ou não, tentando abranger a mulher em todo o ciclo vital (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005).

Em 2003, surge a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher com uma nova estratégia para a melhoria do acesso e da qualidade na fase de gravidez e puerpério, destacando o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído em junho de 2000 pelo Ministério da Saúde (SERRUYA *et al.*, 2004). Este programa se fundamenta nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é a primeira condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério (BRASIL, 2002).

Desde então, muitos projetos ligados à saúde feminina foram consolidados, com enfoque na atenção ao pré-natal. A melhora na atenção à saúde da mulher, como o atendimento pré-natal e o planejamento familiar, tem impacto importante na redução da mortalidade materna e neonatal, como acentuam diversos autores.

Em 8 de março de 2004, é aprovado na Comissão de Intergestores Tripartite (Federação, Estado e Município) e no Conselho Nacional de Saúde, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de mulheres e crianças.

O acolhimento das gestantes feito pela ESF contribui com as diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do SUS, destacando a integralidade, universalidade e equidade em saúde. No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes através da utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos mais adequados e disponíveis.

A discussão em torno das necessidades das gestantes é uma das principais propostas feitas no acolhimento (PINTO *et al.*, 2005).

Castro e Clapis (2005) ressaltam a participação da família durante a gestação, o parto e o puerpério, pois desse modo, a atenção ao pré-natal deixa de ser um ato técnico, centrado no útero gravídico, ou seja, a mulher é considerada em todo o seu universo feminino.

Ações estratégicas para o pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal

Essas ações (Anexo A), pactuadas em 2004 (BRASIL, 2004) definem um conjunto de estratégias que visam melhorar a atenção à saúde da gestante e puérpera, bem como do recém-nascido com foco principal na redução da mortalidade.

Várias delas são aplicáveis na Atenção Básica à Saúde, no território e população adscrita à equipe de saúde da família. Muitas podem ser incorporadas na prática

educativa da equipe: controle social, direitos (acompanhante, alojamento conjunto, acolhimento nos serviços, concepção e contracepção, prevenção de infecções perinatais, entre outras). O Anexo A apresenta a lista completa das ações propostas.

Neste Anexo, de especial atenção para a Equipe de Saúde da Família, são destacados:

[...] **EXPANSÃO DA ATENÇÃO BÁSICA:** A ampliação da Estratégia Saúde da Família permite a reorganização do sistema a partir da atenção básica, promovendo a ampliação de cobertura do planejamento familiar, pré-natal, da vigilância a saúde da mulher e da criança e do acompanhamento pós-parto e puericultura. Qualificar a assistência ao parto domiciliar e articulá-la à atenção básica de saúde. [...] **PRIMEIRA SEMANA: SAÚDE INTEGRAL:** Lançamento da “Primeira Semana: Saúde Integral” intensificará o cuidado com o recém-nascido e a puérpera na primeira semana após o parto, período em que se concentram os óbitos. Serão desenvolvidas as seguintes ações, melhorando a cobertura e reforçando vinculação da mulher e do recém-nascido à unidade básica de saúde: – Avaliação da mulher e do recém-nascido, atenta à saúde mental da puérpera. – Orientação e apoio ao aleitamento materno – Vacinas da puérpera e do recém-nascido – Teste do pezinho – Orientação para contracepção – Agendamento da consulta de puericultura e de puerpério. [...] **DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SUPORTE SOCIAL:** Apoiar o desenvolvimento de ações de suporte social para gestante e recém-nascidos de risco. [...] **CAPACITAÇÃO:** Educação permanente dos profissionais envolvidos com a atenção obstétrica e neonatal. – Formação de enfermeiras obstétricas. – Qualificação de parteiras tradicionais e doulas. – Capacitação para atenção as urgências obstétricas e neonatais. – Capacitação de gestores e gerentes. – Inclusão da temática nos grandes processos da Educação em Saúde: PROMED, PROFAE, PROESF e Polos de Capacitação (BRASIL, 2004, p. 11-14).

Considerando que, após o parto, o ato mais significativo da atenção ao recém-nascido e à gestante é a ação denominada **PRIMEIRA SEMANA: SAÚDE INTEGRAL**, é importante registrar e aplicar as ações a serem desenvolvidas, geralmente na primeira visita domiciliar, completada com a primeira consulta ambulatorial. Para orientação das ações educativas, apresenta-se:

RECÉM-NASCIDO

Atualizar a Caderneta de Saúde da Criança.

Verificar sinais gerais de perigo.

Verificar icterícia.

Coletar material para triagem neonatal.

Vacinar BCG e Anti-hepatite B.

Avaliar a amamentação e orientar.

Orientar sobre os cuidados com o bebê.

Captar para agendamento e agendar puericultura.

Mãe

Verificar estado geral, sinais de infecção e hemorragia.

Vacinar contra rubéola e tétano (quando for o caso).

Encaminhar para consulta pós-parto (ALVES, MOULIN e SANTOS, 2012).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção leva em consideração o problema prioritário “necessidade de implantar um processo de suporte domiciliar como orientação para os cuidados com o recém-nascido e ao autocuidado da mãe”. Consideram como população alvo as puérperas e os recém-nascidos da microárea 7, do território da Equipe de Saúde da Família do Vale das Amendoeiras, em Contagem - Minas Gerais.

Para alcançar esse objetivo foram estabelecidos alguns “nós críticos” a serem solucionados, ou seja, problemas intermediários que, solucionados, extinguem ou minimizam o problema prioritário.

Considerando a população da microárea em 1300 pessoas, há uma estimativa da existência simultânea de 16 crianças com até um mês de vida (e igual número de mães, exceto, em casos de gemelaridade ou perda materna ou fetal / neonatal).

Tomando como apoio a bases conceituais apresentadas, especialmente as “ações estratégicas para o pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal”, os seguintes nós críticos podem ser selecionados para definição de operações, projetos e resultados esperados:

- Educação permanente em saúde, da equipe de saúde da família, com foco na assistência materno-infantil.
- Suporte social.
- Dificuldade de acesso das puérperas até a Unidade Básica de Saúde do Vale das Amendoeiras: Expansão da Atenção Básica.
- Implementação da Primeira semana: saúde integral.

A seguir, apresentamos os quadros de planejamento para as ações propostas para cada “nó crítico”

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “necessidade de implantar um processo de suporte domiciliar como orientação para os cuidados com o recém-nascido e ao autocuidado da mãe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vale da Amendoeiras em Contagem, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Educação permanente em saúde, da equipe de Saúde da Família, com foco na assistência materno-infantil.
Operação	Capacitação de Agentes comunitários de saúde para realização de visita domiciliar a gestantes, puérperas e RN.
Projeto	Educação permanente Equipe Vale das Amendoeiras
Resultados esperados	Que toda a equipe esteja preparada para a realização das visitas.
Produtos esperados	Equipe com conhecimento adequado para realização das visitas domiciliares
Atores sociais/ responsabilidades	Agentes comunitários de saúde serão capacitados pelo enfermeiro da equipe de saúde da família.
Recursos necessários	Material teórico, álbum seriado, papel tipo A4, pincéis atômicos, revistas, tesoura, cola, tempo da equipe.
Recursos críticos	A equipe precisa disponibilizar uma tarde por semana no período de 30 dias para esta capacitação. (tempo)
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	O auxiliar administrativo da equipe organizará a agenda dos profissionais para viabilizar a capacitação.
Ação estratégica de motivação	Organizar o tempo da equipe
Responsáveis:	Enfermeiro e médico da equipe são responsáveis pela capacitação dos agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem.
Cronograma / Prazo	A equipe deverá estar capacitada no período de 30 dias (fevereiro de 2015),
Gestão, acompanhamento e avaliação	Enfermeiro da Equipe de saúde da família.

“Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema "necessidade de implantar um processo de suporte domiciliar como orientação para os cuidados com o recém-nascido e ao autocuidado da mãe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vale das Amendoeiras em Contagem, Minas Gerais”.

Nó crítico 2	Dificuldade de acesso das puérperas até a Unidade Básica de Saúde Vale das Amendoeiras
Operação	Expansão da Atenção Básica: Equipe de Saúde da Família Vale das Amendoeiras realiza visita domiciliar às puérperas e recém-nascidos
Projeto	Facilitando o acesso
Resultados esperados	Visita às gestantes no oitavo mês de gravidez; educação para saúde e direitos Visita à puérpera, logo após alta hospitalar (Agente Comunitária de Saúde) Agendamento da ação Primeira Semana: Saúde Integral, para UBS ou domicílio (equipe) Atendimento e acompanhamento de todas as puérperas e recém-nascidos da microárea 7
Produtos esperados	Que todas as gestantes, puérperas e RN sejam visitados
Atores sociais/ responsabilidades	Agente Comunitário de Saúde, Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem e Conselheiro Local
Recursos necessários	Estrutural: Transporte sanitário para o deslocamento da equipe de saúde da família, equipamentos para retirada de pontos, curativos e para orientação dos cuidados com o Recém-nascido. Cognitivo: Educação permanente para Agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem
Recursos críticos	O transporte precisa estar disponível
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Distrito Sanitário Nacional. O agente comunitário da microárea 7 deverá agendar o veículo através do telefone para que o distrito disponibilize o veículo e motorista para realização das visitas.
Ação estratégica de motivação	A ação é coordenada pelo enfermeiro da Equipe de saúde da família. O Agente comunitário de saúde informa à equipe o nascimento do Bebê e agenda a ação para o 5º dia na qual acontecerá com a visita do enfermeiro e técnico de enfermagem. Posteriormente, agenda a visita do médico para 30 dias após o parto para avaliação da puérpera.
Responsáveis:	Agente comunitário de saúde é responsável pelo agendamento das visitas e agendamento do veículo junto ao distrito sanitário. Enfermeiro e técnico comparecem à visita do quinto dia e médico e técnico comparecem à visita dos 30 dias.
Cronograma / Prazo	A visita ocorrerá dentro do prazo de 5 dias de nascimento e 30 dias após o parto. Cada visita será de aproximadamente 60 minutos.
Gestão, acompanhamento e avaliação	O agente comunitário de saúde realizará as visitas e levará informações para a equipe através de reuniões semanais da equipe.

“Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema "necessidade de implantar um processo de suporte domiciliar como orientação para os cuidados com o recém-nascido e ao autocuidado da mãe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vale das Amendoeiras em Contagem, Minas Gerais”.

Nó crítico 3	Suporte social
Operação	Envolver o Conselho Local de Saúde nas ações propostas
Projeto	Comunidade unida para a vida
Resultados esperados	Que a comunidade participe ativamente das ações locais junto à equipe de saúde da família.
Produtos esperados	Comunidade mais ativa.
Atores sociais/ responsabilidades	Conselheiro Local de saúde deverá mobilizar a comunidade para participarem das discussões e reuniões com a equipe de saúde para buscarem seus direitos e realizarem propostas de mais ações para melhoria no atendimento da equipe.
Recursos necessários	Tempo da equipe; programação das reuniões mensais; participação e envolvimento da comunidade.
Recursos críticos	Participação da comunidade
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Conselheiro local e agentes comunitários
Ação estratégica de motivação	Divulgação das reuniões
Responsáveis:	Conselheiros locais
Cronograma / Prazo	Reuniões acontecerão mensalmente
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação será feita pelos representantes da comunidade e da equipe

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “necessidade de implantar um processo de suporte domiciliar como orientação para os cuidados com o recém-nascido e ao autocuidado da mãe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vale das Amendoeiras em Contagem, Minas Gerais”.

Nó crítico 4	Implementação da <i>Primeira semana: saúde integral</i>
Operação	Realizar visita domiciliar às puérperas e RN na primeira semana do nascimento.
Projeto	Mamãe e bebê
Resultados esperados	Que todas as mães e RN recebam visita domiciliar e orientações sobre as ações do quinto dia na primeira semana do pós-parto.
Produtos esperados	Visitas realizadas antes do Quinto dia após o parto.
Atores sociais/ responsabilidades	Enfermeiro e técnico de enfermagem realizarão as visitas domiciliares programadas pelo agente comunitário de saúde responsável pela microárea 7.
Recursos necessários	Transporte, material para teste do pezinho, vacinas – se necessário, balança, régua antropométrica, fita métrica.
Recursos críticos	Transporte precisa estar disponível
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Distrito Sanitário Nacional. O agente comunitário da microárea 7 deverá agendar o veículo através do telefone para que o distrito disponibilize o veículo e motorista para realização das visitas.
Ação estratégica de motivação	Informar a comunidade sobre a importância das ações
Responsáveis:	Enfermeiro, Técnico de enfermagem e médico da equipe
Cronograma / Prazo	Sempre que houver puérpera na microárea 7
Gestão, acompanhamento e avaliação	Enfermeiro da Equipe de Saúde da Família

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visita domiciliar é um instrumento importante na assistência à saúde à medida que propicia o trabalho de vigilância e promoção da saúde. Conforme a realidade local da comunidade da microárea 7, as ações propostas no presente trabalho podem proporcionar às mães, maior segurança no cuidado da criança e no seu autocuidado. Os quatro nós críticos identificados foram pensados para atender as necessidades da microárea 7, mas a ação pode estender-se a todo o município de Contagem, a fim de melhorar a assistência à saúde da mulher e recém-nascidos.

Durante a elaboração desta proposta de intervenção junto à Equipe de Saúde Vale das Amendoeiras, ocorreu o meu desligamento da Unidade Básica de Saúde motivo esse que impediu que a proposta fosse concluída com a participação de toda a equipe.

Ressalta-se que este trabalho está à disposição do município de Contagem para sua aplicação na microárea 7 e demais equipes de Saúde da Família.

REFERENCIAS

ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S.; SANTOS, L. C. **Saúde da criança: crescimento, desenvolvimento e alimentação** - 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3203.pdf> Acesso em: 19 maio 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal, Brasília, pp. 133-137. Disponível em: http://www.scielo.org/pdf/csc/v6n2/7005.pdf?origin=publication_detail. Acesso em: 25 jun. 2014.

BRASIL Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde – a ousadia de fazer cumprir a lei**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>. Acesso em 19 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família - PSF**. Brasília: Ministério da saúde. Secretaria Executiva. 2001. 36p. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf> Acesso em: 19 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf. Acesso em: 23 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica**. Rev. Bras. Saude Mater. Infantil. Jan-Mar; vol.3, n.1, p. 113-25; 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a07v08n2.pdf> . Acesso em: 19 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a atenção domiciliar no sistema único de saúde**. Brasília, DF, 2004 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200009. Acesso em: 1 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informa da Atenção Básica. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Ano V. Maio/junho 2004. Disponível

em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/informes/psfinfo22.pdf>. Acesso em 18 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Pre Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada.** Manual Técnico. Brasília. Ministério da Saúde 2005 165p. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/14.pdf>. Acesso em: 19 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006 Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=rdc%202006%20domiciliar>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@.** Brasília [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311860> Acesso em 20 ago. 2014

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 12 abr. 2014.

CARRARO, Telma Elisa. **Resgatando Florene Nightingale: Enfermagem e Assistência: Resgatando Florence Nightingale**. Goiania: AB. 2ed, 1997. p.84-91 .

CORRÊA, E.J.; LEÃO, E.; SENS, R.R. **A atenção à saúde da criança e do adolescente no século XXI**. In: LEÃO *et al.* *Pediatria Ambulatorial*. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à Metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 25 jun de 2014.

DRULLA, Arlete, ALEXANDRE Ana Maria Cosvoski, RUBEL. Fernanda Izzuni Mazza, AZEVEDO Veronica. **A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar**. *Cogitare Enfermagem*, 2009. Out/Dez 667-74 Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16380/10861>>. Acesso em: 15 mar. de 2014

DUARTE, S. J. H. **Representação social da gestante residente no Marabá a respeito do pré-natal**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - UFMS, Campo Grande, 2006.

FONSECA, L. M. M.; Scochi C. G. S.; Mello D. F. **Educação em Saúde de Puérperas em alojamento conjunto neonatal**. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*. vol.10. n.2, p.166-71; 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000500016&script=sci_arttext Acesso em: 07 jul. de 2014.

KAWAMOTO, E.E.; SANTOS, M.C.H.; MATOS, T.M. **Enfermagem Comunitária: visita domiciliária**. São Paulo: EPU, 1995. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/visita.pdf> Acesso em: 08 mar. de 2014

LOPES, R. C. S. et al. **O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000200013 Acesso em: 17 mai. de 2014

LOPES, W. O. Wanda de Oliveira ; SAUPE, R. ; MASSAROLLI, A. **Visita Domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, p. 241-247, 2008. Disponível: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5012/3247> Acesso em: 01 jul de 2014.

MENDES, E. V. **Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde.** In: MENDES, E. V. **Uma**

agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p.233-300. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>. Acesso em: 29 jul. de 2014.

Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 93.** Brasília: Ministério da Saúde; 1993. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf>. Acesso em: 28 jul. de 2014.

Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96.** Brasília: Ministério da Saúde; 1997. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf>. Acesso em: 28 jul. de 2014.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300021&lng=pt Acesso em: 19 jun. 2014.

NOGUEIRA, M.J.C.; & FONSECA, R.M.G.S. da. **A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem à família.** Rev.Esc.Enf. USP, São Paulo, v.11, n.1, pp. 28-50, 1977. Disponível em: Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n4/v34n4a07> Acesso em: 12 jun. de 2014.

PASKULIN, L. M. G.; DIAS, V. **Analisando o Atendimento Domiciliar na Ótica do Cliente.** 1999 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200009 Acesso em: 02 mai de 2014.

PINTO, L. F. et al. **Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis.** **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 205-213, 200

SENNA, M.C.M. Equidade e Política de Saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.173; 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18s0/13806> Acesso em: 22 mar.2014.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517-525, 2004.

ANEXO A

AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

1. PARCERIAS / CORRESPONSABILIDADES COM DIFERENTES INSTITUIÇÕES

Diferentes atores sociais e instituições (sociedades científicas, conselhos profissionais, movimentos sociais, organizações governamentais e não governamentais, entre outros) são fundamentais para apoiar os gestores de todas as esferas de governo para a qualificação da atenção.

2. EFETIVAR PACTOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS

Construir pactos locais contendo a agenda de compromissos; estratégias e ações; cronograma e definições de responsabilidades, em coerência com o Plano Diretor de Regionalização.

3. CONTROLE SOCIAL

Estimular a participação dos conselhos de Saúde a nível Federal, Estadual e Municipal na definição de conteúdos e estruturação do Pacto Nacional, bem como na implementação e acompanhamento das ações.

4. DIREITO A ACOMPANHANTE E AO ALOJAMENTO CONJUNTO

Assegurar o direito ao acompanhante participante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e o alojamento conjunto, inclusive nos serviços privados e que seja de livre escolha da usuária.

5. GARANTIA DE ACOLHIMENTO NOS SERVIÇOS (PARTO É URGÊNCIA PREVISTA)

Mulheres e recém-nascidos não podem ser recusados nos serviços, e peregrinar em busca de assistência. Caso a unidade não seja adequada para o tipo de atendimento necessário, a gestante deverá ser assistida até que seja garantido transporte seguro e transferência para outras unidades de maior complexidade, capazes de atender suas necessidades. Na unidade de saúde em que forem atendidos devem saber quem é sua equipe de referência para os cuidados e ter garantida a assistência de uma equipe multiprofissional.

6. ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO

Garantir a qualidade e ampliação de serviços de atenção ao abortamento previsto em lei. Assegurar Atenção Humanizada às Mulheres com Aborto inseguro, uma vez que o aborto é uma das principais causas de mortalidade materna.

7. SAÚDE DA MULHER TRABALHADORA

Assegurar que a trabalhadora gestante não se exponha a fatores de risco, químico, físico, biológico ou ergonômico que possam comprometer sua gestação, parto, puerpério, bem como às condições de vida e sobrevivência do recém-nascido. Garantir o direito da trabalhadora de amamentar seus filhos.

8. SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS E ÍNDIAS E RECÉM-NASCIDOS NEGROS E INDÍGENAS

Oferecer atenção às mulheres e recém-nascidos negros e indígenas respeitando suas particularidades étnicas e culturais, atentando para especificidades no perfil de morbimortalidade destes segmentos.

9. REDIRECIONAR RECURSOS PARA PROJETO

Redirecionar recursos com vistas a apoiar projetos para fortalecimento de ações voltadas para tal finalidade, pactuando nas instâncias gestoras.

10. EXPANSÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A ampliação da Estratégia Saúde da Família permite a reorganização do sistema a partir da atenção básica, promovendo a ampliação de cobertura do planejamento familiar, pré-natal, da vigilância a saúde da mulher e da criança e do acompanhamento pós-parto e puericultura. Qualificar a assistência ao parto domiciliar e articulá-la à atenção básica de saúde.

11. PRIMEIRA SEMANA: SAÚDE INTEGRAL

Lançamento da “Primeira Semana: Saúde Integral” intensificará o cuidado com o recém-nascido e a puérpera na primeira semana após o parto, período em que se concentram os óbitos. Serão desenvolvidas as seguintes ações, melhorando a cobertura e reforçando vinculação da mulher e do recém-nascido à unidade básica de saúde: – Avaliação da mulher e do recém-nascido, atenta à saúde mental da puérpera. – Orientação e apoio ao aleitamento materno – Vacinas da puérpera e do recém-nascido – Teste do pezinho – Orientação para contracepção – Agendamento da consulta de puericultura e de puerpério

12. EXPANSÃO DA OFERTA DE EXAMES LABORATORIAIS NO PRÉ-NATAL

A ampliação de acesso ao pré-natal deve ser acompanhada da expansão da oferta de exames laboratoriais. Devem ser desenvolvidas estratégias de regionalização que assegurem esta oferta através de laboratórios regionais e/ou incorporação de tecnologias que permitam o acesso descentralizado e imediato à avaliação especialmente o que diz respeito à sorologia.

13. IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE CONCEPÇÃO E CONTRACEPÇÃO

Estabelecer protocolos de atendimento e garantia de oferta de métodos anticoncepcionais, com atenção ao adolescente e a mulher no climatério.

14. VIGILÂNCIA AO ÓBITO MATERNO E INFANTIL

Fortalecer a implementação e atuação dos Comitês de Morte Materna – Lançar a “Proposta Nacional de Vigilância do Óbito Infantil”. – Instalar a Comissão Nacional de Vigilância do Óbito Infantil. – Realizar pesquisas para definir fatores de correção das razões de morte materna para o Brasil e regiões. – Implementar serviços de verificação do óbito em âmbito estadual.

15. REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV/AIDS E SÍFILIS CONGÊNITA

Adotar medidas de diagnóstico precoce e tratamento de gestantes e recém-nascidos. (Projeto Nascer) –

16. ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

Integrar os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado. – Garantir a vinculação da gestante no pré-natal ao serviço que atenderá ao parto. – Garantir leitos de UTI, e transferência em situação de risco. – Centrais de leito e consultas/exames

17. ADEQUAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS

Regionalizar a assistência ao parto, de forma hierarquizada – Ampliar o cadastro de leitos de UTI, neonatal e adulto (gestante) – Implantação de leitos de UTI e semi-intensivos nos hospitais de referência para gravidez de alto risco. – Expandir e regionalizar a rede de bancos de leite humano – Expandir e regionalizar a rede de hemoderivados.

18. QUALIFICAÇÃO DAS URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS

Reorganização dos Sistemas de Urgência e emergência – Qualificação e humanização dos Serviços de Urgência, com especial atenção a urgências pediátricas e obstétricas. – Inclusão das urgências pediátricas e obstétricas no SAMU –192.

19. REDE HOSPITALAR E CENTROS DE PARTO NORMAL.

Incluir a qualificação da atenção ao parto e nascimento, nos novos contratos de gestão hospitalar – Adequação dos Hospitais de Pequeno Porte, para qualificar a atenção ao parto – Apoiar a criação de Centros de Parto Normal. – Incluir nos novos contratos de gestão hospitalar a adesão a boas práticas na atenção obstétrica e neonatal e os critérios da Política Nacional de Humanização.

20. GESTÃO HUMANIZADA

Rever o modelo gestão na perspectiva de implantação da gestão participativa, que pressupõe a existência de colegiados com a participação de trabalhadores, usuários e gestores nas unidades de saúde. Apoiar a criação de ouvidorias municipais.

21. INVESTIMENTOS NA REDE HOSPITALAR E SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPEUTICO

Direcionar os investimentos para unidades de diagnóstico e serviços hospitalares que tenham um papel regional ampliando o acesso à diagnose por imagem (especialmente ultrassonografia) e qualificando a assistência hospitalar. Investir na implantação de leitos de UTI em hospitais que realizam atenção obstétrica.

22. PRIORIZAÇÃO NO CUSTEIO DOS SERVIÇOS

Definir como prioridade nos processos orçamentários de unidades hospitalares aquelas que têm um processo de referência regional para a atenção a gravidez de risco e que disponham de UTI neonatal. Rever os valores repassados para custeio da atenção básica, especialmente os incentivos para equipes de saúde da família.

23. REQUALIFICAR HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA

Redefinir critérios e reavaliar habilitação dos hospitais qualificados como Amigo da Criança, incorporando critérios de qualidade e humanização da assistência obstétrica e neonatal e intensificando o estímulo ao aleitamento materno.

24. REAVALIAR REDE DE HOSPITAIS DE REFERÊNCIA PARA GRAVIDEZ RISCO

Reavaliar os hospitais qualificados como referência para gravidez de risco em função de cumprimento de critérios de referência regional, qualificação para a assistência e humanização.

25. DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SUPORTE SOCIAL

Apoiar o desenvolvimento de ações de suporte social para gestante e recém-nascidos de risco.

26. FORTALECIMENTO DE PROJETOS DE PREMIAÇÃO DE SERVIÇOS EXEMPLARES

Reforçar iniciativas que tenham como objetivo premiar hospitais que alcançaram qualidade e humanização no atendimento de gestantes e recém-nascidos de risco, como: Prêmio Galba de Araújo; Prêmio Fernando Figueira; Prêmio Davi Capistrano.

27. QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Definição e pactuação de “critérios mínimos para o funcionamento de maternidades” Investimento na qualificação de maternidades e hospitais que realizam partos. Revisão e adequação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento – PHPN.

28. ASSESSORAMENTO TÉCNICO PARA PLANEJAMENTO LOCAL E REGIONAL

Apoio técnico das áreas de Saúde da Mulher e da criança e do grupo de Assessoramento aos estados e municípios na organização da atenção a gestante e ao recém-nascido.

29. CAPACITAÇÃO

Educação permanente dos profissionais envolvidos com a atenção obstétrica e neonatal. – Formação de enfermeiras obstétricas. – Qualificação de parteiras tradicionais e doulas. – Capacitação para atenção as urgências obstétricas e neonatais. – Capacitação de gestores e gerentes. – Inclusão da temática nos grandes processos da Educação em Saúde: PROMED, PROFAE, PROESF e Polos de Capacitação.