

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.



Elenisa Predebon Zanella

**CRIAÇÃO DE GRUPO DE GESTANTES COMO FORMA DE
ESTÍMULO AOS CUIDADOS E MELHORIA DA ASSIDUIDADE
EM PRÉ-NATAL EM ESF DR.TIRTEU CASTRO DE CASTRO,
ARROIO DOS RATOS - RS**

Porto Alegre, 2017

Elenisa Predebon Zanella

**CRIAÇÃO DE GRUPO DE GESTANTES COMO FORMA DE
ESTÍMULO AOS CUIDADOS E MELHORIA DA ASSIDUIDADE EM
PRÉ-NATAL EM ESF DR.TIRTEU CASTRO DE CASTRO, ARROIO
DOS RATOS - RS**

Trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à UNASUS, pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito para obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Cátia Maria
Justo

Porto Alegre, 2017

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	12
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	17
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	20
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
7. PROJETO DE INTERVENÇÃO	24

1 – INTRODUÇÃO

Eu, a aluna Elenisa Predebon Zanella, nascida em Lajeado, Rio Grande do Sul em primeiro de agosto de 1989, atualmente com 27 anos, cresci na pequena cidade de São José do Herval, de 3.000 habitantes, situada a 180 Km da capital Porto Alegre. Filha de Ademar, funcionário público e Maria Luiza, professora. Sou a mais nova dos três filhos que meus pais tiveram, uma irmã (química) e um irmão (engenheiro mecânico). Sou tia de duas sobrinhas lindas, filhas de minha irmã. Estudei minha vida toda na Escola Estadual do município, de onde sai em 2007 para vir a Porto Alegre morar com meu irmão, que aqui já estava fazendo sua graduação. A separação de meus pais foi triste e dolorosa e o enfrentamento de uma cidade gigante foi temeroso no início.

No ano de 2009 ingressei na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para cursar a faculdade de Medicina, a qual concluí na metade do ano de 2015. Logo após formada, me vi na obrigação de prestar serviços ao município que me viu crescer: retornei à São José do Herval, para trabalhar como clínica geral no hospital local - Hospital Beneficente São Francisco - que possui atualmente cerca de 10 leitos, para SUS e convênios. Atendia desde idosos, crianças, gestantes, traumas e emergências. Foi uma ótima experiência e uma excelente oportunidade para colocar em prática os conhecimentos adquiridos na faculdade. Aprendi bastante, pude colocar a teoria à prática. Tive dúvidas, investiguei doenças, diagnostiquei, tive minhas primeiras perdas e mortes (lembro como se fosse hoje a primeira paciente que sucumbiu em minhas mãos, uma senhora com infarto e edema agudo de pulmão; não pude salvá-la). Ali percebi que a verdadeira escola são os pacientes, eles que nos ensinam a verdadeira medicina. Aprendi a ver não apenas doenças, mas seres humanos por trás das doenças. O trabalho, no início era instigante, porém, com o passar do tempo, tudo virou rotina e eu me vi na necessidade de mudar de ambiente.

Foi então que decidi voltar a Porto Alegre. Me inscrevi no Programa de Valorização da Atenção Básica, tendo sido selecionada na segunda chamada para atuar, a partir de março de 2016, no município de Arroio dos Ratos, cidade

de aproximadamente 15.000 habitantes, situado à 60 Km de Porto Alegre, mais especificamente na ESF IV, Dr. Tirteu Castro de Castro, na periferia da cidade.

Arroio dos Ratos tem uma população que cresce cerca de 2,53 % ao ano. O percentual de pessoas com mais de 60 anos é de 27,83%, o que corresponde a 3.787 pessoas. A mortalidade proporcional por idade indica que a maioria das pessoas morre quando está na faixa etária entre 60 e 80 anos. Quanto às causas de óbitos, as três mais frequentes são: doenças do aparelho digestivo, doenças infecto-parasitárias e do aparelho circulatório. Entre as mulheres, a principal causa de óbito foi doenças infecciosas e parasitárias e, entre os homens, doenças do aparelho respiratório.

Meu posto de saúde passou por uma reforma em 2014, por isso, encontra-se em ótimas condições de infraestrutura para o desenvolvimento do trabalho: possui sala para médico, sala de enfermagem, sala para especialidades, triagem, sala de odontologia, banheiros, sala para esterilização, recepção e sala multiuso. Todas as salas possuem ar condicionado e computadores, os quais já estão funcionando sob o sistema E-SUS, que, ao meu ver, só veio a agilizar o processo organizativo da ESF. A equipe é formada por um médico, um enfermeiro, 2 técnicos de saúde, 5 agentes comunitários de saúde, um dentista, um assistente de saúde bucal, 2 secretárias e uma higienizadora. Além disso, a ESF conta com especialistas que se revezam e atendem uma vez por semana na ESF: psicóloga, nutricionista, pediatra e assistente social. Além disso, o município conta com atendimento psiquiátrico e ginecológico uma vez por semana.

A população de abrangência da nossa unidade passa um pouco de 4.200 pessoas, segundo informações do SIAB, colhidas em abril de 2015. É a parte mais carente de recursos e de estrutura da população de Arroio dos Ratos, algumas casas não contam nem com água potável, nem com energia elétrica. O território abrange inclusive uma parcela da população rural da cidade, com casas de difícil acesso e estradas de chão. A área de abrangência conta com duas escolas de ensino fundamental, uma creche e um salão comunitário. Uma de nossa principal rede de apoio é o Pronto Atendimento da cidade, que atende urgências e emergências, porém, não possui leitos ou recursos diagnósticos.

Caso surjam casos mais graves, temos o apoio do Hospital de São Jerônimo, município vizinho, referência para os nossos doentes.

A agenda de consultas, no passado, era marcada mensalmente, porém, após muita reclamação da população, passou a ser semanalmente, todas as sextas-feiras são distribuídas fichas e realizados os agendamentos para consultas médicas. Em todos os turnos, reservamos em torno de 2 a 3 vagas para consultas dia, decorrentes da demanda espontânea e triagem. Temos um turno da semana para as visitas domiciliares, que as vezes não ocorrem por falta de automóveis. Um turno por semana é reservado para as gestantes, sendo que esse grupo é prioridades em nossa área, ou seja, gestante que chega ao posto vai receber atendimento.

Nossa área tem a maior concentração de gestantes do município. Atualmente contabilizamos 40 gestantes, que variam da faixa etária dos 16 até os 35 anos de idade. Houve casos em que acompanhei, juntamente com o pré-natal de alto risco, extremos de idade: meninas de 12 anos a mulheres de 40. No ano de 2015, tivemos muitos casos de mortes maternas diretas, além da taxa de mortalidade infantil ter sido além do esperado para o município, muitos casos de diabetes mellitus gestacional, nascimentos pré-termo, pré-eclâmpsia, o que nos levou a criar o grupo de gestantes, motivação de meu projeto de intervenção (o qual encontra-se nos anexos desse trabalho). O grupo foi criado com a intenção de atrair as gestantes à ESF, visando melhorar sua adesão às consultas pré-natal, explicar a importância do pré-natal para a saúde da mãe e do bebê, bem como abordar diversos temas de relevância na gestação.

De março de 2016 até o momento, dezembro de 2016, observo que a maioria das gestantes têm uma cobertura de, no mínimo, 10 consultas pré-natal, todas realizam o acompanhamento com médico, enfermeiro, com gineco-obstetra se necessário, todas realizam exames de 1º, 2º e 3º trimestres, além de ecografias obstétricas. Não tivemos nenhum caso de morte materna ou fetal até o período estudado. Percebemos que o grupo de gestantes foi bem recebido por elas, uma vez que a frequência das gestantes aos grupos chega a quase 100%.

2 - ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Dentre os casos estudados, optei pelo tema do caso Marcela, caso 3 dos casos complexos para realizar uma analogia com o que mais tenho abordado de intercorrências nas consultas de pré-natal. É um caso que aborda uma paciente que desenvolve pré-eclâmpsia durante a gestação e acaba tendo o parto prematuro com sucesso. Falarei um pouco sobre uma paciente atendida na ESF esse ano, similar ao caso Marcela, mas que evolui de uma forma um pouco diferente.

Caso Fernanda

Fernanda, 18 anos, chega ao posto de saúde em uma sexta-feira, dia em que é aberta a agenda para as consultas semanais. Tranquilamente, agenda sua consulta com a Dra. Elenisa para a próxima terça-feira, as 8:30 da manhã.

Na terça-feira, Fernanda chega à ESF para a consulta. É conduzida para realizar a triagem, ouvidas as suas queixas, aferida a pressão arterial e verificado o peso. Após isso, aguardou até as 8:30, quando então é chamada por mim para o atendimento.

- Bom dia Fernanda! Meu nome é Elenisa, sou a médica aqui da ESF. Sente-se e fique à vontade. Como tens passado?

- Bom dia Dra. Eu vou indo bem, um pouco preocupada só com a minha menstruação, que já não vêm faz cinco meses. Não gostava de usar aquelas pílulas e nem a injeção aquela que engorda. As vezes usava camisinha, as vezes não.

- E estás sentindo mais alguma coisa, Fernanda?

- Sim Dra. Ando muito enjoada ultimamente, fico só vomitando. A comida não “para” na barriga. E também vi que meus peitos estão mais inchados.

- Certo Fernanda. Então me conte. És casada? Tens família? Trabalhas, estudas? Tens algum problema de saúde? Já tens filhos?

Fernanda, então me contou um pouco mais sobre sua vida: ela e sua família – vide genograma na figura 1 - se mudaram a pouco tempo para Arroio dos Ratos. Antes disso moravam nas ilhas do Guaíba e, após uma enchente, perderam a casa e todos os bens que tinham. Vieram para Arroio dos Ratos morar perto de um tio Gilberto, irmão de seu pai, que tinha uma pequena casa e lhes ofereceu ajuda. Sua mãe Maria Helena tem 36 anos, estudou até a 4ª série e desde cedo aprendeu o ofício de costureira. O pai, José Carlos, 43, trabalha com serviços gerais. Os outros dois filhos um tem 10 e o outro 6 anos de idade, Francisco e Felipe. Fernanda estudou até o primeiro ano do ensino médio, quando começou a trabalhar em supermercado, tendo abandonado os estudos. Sempre foi uma menina com vontade de trabalhar para ajudar a família. Além disso, ela tinha um desejo especial: queria ser mãe, assim como a sua mãe, que a teve quando tinha apenas 18 anos. Havia se casado um ano antes com um rapaz, Augusto, porém, o casamento não perdurou e eles não tiveram filhos. Em Arroio dos Ratos, após alguns meses de adaptação, também conseguiu emprego em um supermercado, onde conheceu Renato, um rapaz de 21 anos que trabalha no local. Namoraram por 6 meses e decidiram morar juntos. Fernanda não estava fazendo uso de anticoncepcional e nem preservativo, pois confiava no seu companheiro e estava querendo engravidar.

Fernanda contou que não fazia uso de cigarro e nem bebida alcoólica, também não usava nenhuma medicação e sua saúde era boa. Questionada sobre os pais, disse que o pai tratava pressão alta, era tabagista, etilista e que a mãe havia tido problemas com a pressão, durante o nascimento do irmão mais novo.

Ao examiná-la, Fernanda estava com 80 Kg, 1,60 cm de altura (IMC: 31,25), PA: 140/90 mmHg, FC: 75 bpm. Sem alteração em aparelho cardiovascular, respiratório ou abdominal.

Após a anamnese e exame físico, segue a consulta:

- Bom Fernanda, acredito que, pelos teus sintomas, pelo fato de tua menstruação estar alguns meses atrasada e por tu não estar usando nenhum

método de proteção, as chances de tu estares grávida são grandes. Para tirarmos essa dúvida, vou solicitar um exame de sangue, o Beta-HCG, que faz o diagnóstico de gestação. Podes passar na secretaria de saúde para autorizar e assim que estiver pronto, tu me trazes. Combinado?

- Tudo bem Dra. Vou fazer sim! Como havia lhe falado antes, eu sempre tive o desejo de ser mãe!

- Está bem, Fernanda. Apenas tome cuidado com a quantidade de sal e gorduras na tua alimentação, pois tua pressão está no limite! Seria interessante que tu começasse a fazer exercícios físicos, também! Mas te aguardo, então, com o exame!

- "Tá" bem Dra.! Lhe agradeço pela atenção. Voltarei assim que possível.

Após 5 dias, Fernanda retorna à ESF, com o exame em mãos: resultado positivo.

Conversei com ela sobre o resultado. Furneci a carteira de gestantes, solicitei os exames de primeiro trimestre e solicitei uma ecografia obstétrica. Também, iniciei Ácido Fólico na dose de 5 mg ao dia, dose oferecida na farmácia básica. Conversei sobre a importância de cuidar e aferir regularmente a pressão arterial. Orientei sobre a importância de manter uma alimentação saudável, ingerir bastante água, não fazer esforços físicos intensos e não ingerir medicações sem indicação. Além disso, convidei-a para participar do grupo de gestantes, que ocorria na ESF. Agendei um retorno para nova consulta médica em trinta dias, nas quartas-feiras à tarde, dia do nosso atendimento pré-natal.

Fernanda vinha em todas as consultas de pré-natal, sem faltar a nenhuma. Consultas que se intercalavam entre a Dra. Elenisa e a enfermeira Ivone. Trazia sempre os exames solicitados e seguia corretamente as orientações. Sua pressão arterial havia estabilizado, com médias entre 130/80, 120/70 mmHg. Seu ganho de peso estava adequado para a idade gestacional.

Foi então, em uma terça-feira pela manhã, que Fernanda vem ao posto preocupada, pois estava com cefaleia em região frontal, que não aliviou com Paracetamol 500 mg. Dizia que não estava enxergando como de costume e que sentia dores epigástricas intensas. Negou perda sanguínea, líqüida ou alteração

na movimentação fetal. Fernanda já estava com 35 semanas de gestação, naquele dia.

Ao exame físico, sua pressão arterial era de 170/110 mmHg, aferida em duas medidas espaçadas. Seu abdômen era inocente, os BCFs estavam a 145 e o toque ginecológico estava normal.

Vendo a gravidade do caso e suas possíveis complicações, liguei para o hospital de nossa referência, porém, não quiseram aceitar a paciente, alegando que não teriam suporte para um possível nascimento prematuro. Fiz contato então, com a equipe do Telessaúde, os quais me orientaram a iniciar Nifedipino 10mg por via oral e também, ligar para a Central de Leitos do Estado, para tentar encaminhá-la para um hospital com suporte, para investigação de uma provável pré-eclâmpsia grave e suporte para o parto prematuro. Após três horas tentando, consegui vaga no centro obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

No final das contas, a gestação teve de ser interrompida por via cesariana, devido à confirmação de pré-eclâmpsia grave. O bebê desenvolveu a síndrome da membrana hialina e teve de permanecer na unidade de neonatologia por quase 40 dias.

Três meses depois, Fernanda retorna à ESF com seu bebê, um menino, o qual denominou Vitória. Estava feliz e, apesar das dificuldades do final da gestação, estava com seu filho bem e saudável.

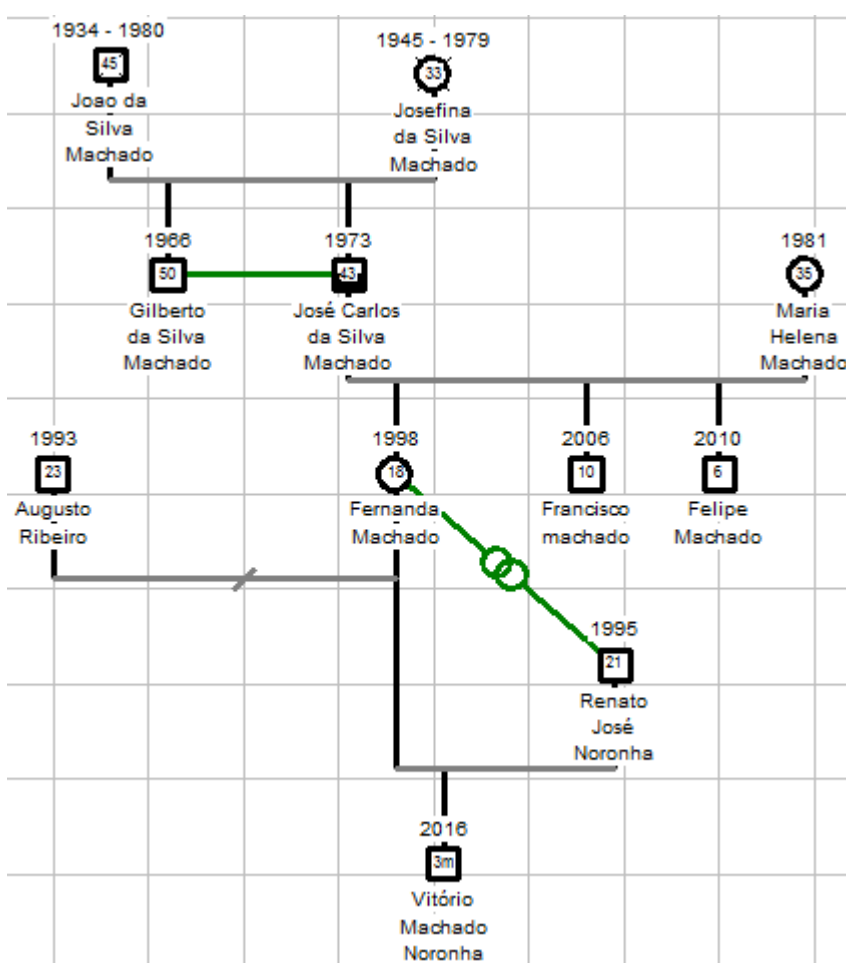
CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pré-eclâmpsia é a maior causa materna e perinatal de mortalidade e morbidade. A síndrome é caracterizada por hipertensão e proteinúria desenvolvidas após 20 semanas de gestação¹. Uma identificação precoce do grupo de alto risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia é importante para futuros estudos de investigação e potenciais intervenções farmacológicas, começando no primeiro trimestre². É importante definir os fatores de riscos no início da gestação, que são: idade precoce ou tardia, primiparidade, história familiar de pré-eclâmpsia, múltiplas gestações, DM insulino dependente,

hipertensão renal, doenças autoimunes, síndrome do anticorpo antifosfolípido, tempo entre as gestações, índice de massa corporal³.

Podemos perceber que a paciente Fernanda tinha inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia, seu desfecho final. O importante nesses casos, é a detecção precoce dos fatores de risco e acompanhamento rigoroso da paciente durante a gestação. Infelizmente, a paciente desenvolveu a patologia, porém, graças à suspeita precoce, pudemos evitar que o desfecho de mãe-bebê tivesse sido desfavorável.

Figura 1: Genograma Família Machado





3 - PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

A integralidade enquanto princípio do Sistema Único de Saúde busca garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa, contemplando o indivíduo em todos os níveis de atenção e considerando o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural⁴. Em nossas atividades do dia-a-dia de uma unidade de saúde, praticamos sempre, mesmo que as vezes sem perceber, o conceito de integralidade, no momento em que conversamos com um paciente sobre a importância de ações como as campanhas de vacinação, a importância do uso de preservativos, cuidados com alimentação, prática de atividades físicas, cessação de tabagismo ou etilismo, importância de tomar as medicações corretamente, controle da pressão arterial, controle de diabetes, realização de exames de rotina (quando indicados), cuidados com o corpo e a mente,

quando conversamos sobre a importância de manter um bom relacionamento com os familiares e amigos, quando escutamos suas palavras com atenção.

Na ESF em que atuo, desenvolvemos diversas atividades educativas em saúde, visando a promoção da saúde bem como a prevenção de doenças. Assim como no caso Marcela e no caso Homero, orientamos os pacientes com doenças crônicas a virem nas consultas de revisão, a tentarem deixar o vício do tabaco e a participar dos grupos e atividades desenvolvidas na ESF. Além disso, como abordado no caso Darlene, a importância da coleta do exame preventivo Papanicolau se faz de suma importância, não apenas para mulheres em idade fértil, mas também em gestantes.

Cito duas estratégias muito bem estabelecidas, para exemplificar um pouco do nosso trabalho, o grupo de hipertensos, no qual podem participar desde adolescentes, idosos, gestantes, implementado na ESF desde a sua criação, há 6 anos e a implementação de coleta de exame preventivo de colo do útero em todas das gestantes, durante o pré-natal.

COLETA DE EXAME PAPANICOLAOU EM GESTANTES

O câncer de colo do útero é a segunda causa de morte por câncer em mulheres no mundo. Em geral, nos países em desenvolvimento é a principal causa de morte de mulheres por câncer, inclusive no norte e nordeste do Brasil. No sul e sudeste é a segunda causa de morte por câncer, perdendo apenas para o câncer de mama que ocupa a primeira posição. Atualmente, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o controle da doença é dificultado, sobretudo, por fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais, como o início da atividade sexual antes dos 18 anos de idade; pluralidade de parceiros sexuais; fumo; falta de higiene e o uso prolongado de contraceptivos orais⁵.

Durante a gestação, já nas primeiras consultas do pré-natal, esse exame deve ser realizado. As atividades de prevenção devem ser desenvolvidas, aproveitando as oportunidades dos indivíduos ao

comparecerem nas Unidades de Saúde. O atendimento da mulher no pré-natal é um momento especial e nele devem ser asseguradas as ações e as atividades de promoção e proteção tanto da saúde da mulher como da saúde do seu filho⁵.

Gestantes têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou seus precursores. Os achados destas lesões durante o ciclo gravídico puerperal refletem a oportunidade do rastreio durante o pré-natal⁶.

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, visto que nesse período os exames vaginais são mais frequentes. Como a maioria dessas lesões é assintomática, seu diagnóstico quase sempre ocorre em consultas de controle, mais frequentes durante o pré-natal⁷.

A tabela 2 mostra os graus de recomendação para coleta de exame preventivo de colo do útero em mulheres⁸.

Tabela 2

Recomendação	Nível de Evidência
O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual.	A
O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual.	A
Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.	B
Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos,	B

essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais. ⁶	
O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, devendo sempre ser considerada uma oportunidade a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal.⁶	A

Esse trabalho de coleta de exame preventivo em gestantes foi desenvolvido no início de ano de 2016, após percebermos que uma grande parcela de mulheres com idade indicativa de coleta nunca havia se quer tomado conhecimento da importância do exame. As mulheres em idade fértil, bem como as gestantes aderiram bem à ação e, atualmente, temos uma abrangência de 100% de gestantes com o exame Papanicolau atualizado.

GRUPO DE HIPERTENSOS

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é responsável por 7,5 milhões de mortes no mundo, o que representa aproximadamente 12,8% do total de óbitos anuais. As estimativas mundiais indicam um aumento de 600 milhões para quase 1 bilhão de indivíduos hipertensos entre 1980 e 2008⁹. Essa perspectiva é reforçada pela estimativa de que cerca de 50% dos óbitos por doença coronariana e 65% por acidente vascular encefálico são decorrentes de HAS. E a projeção para 2025 é de que 1,56 bilhão de pessoas serão hipertensos¹⁰.

O impacto das doenças cardiovasculares na saúde da população é crescente em todo o mundo, sobretudo em países de baixa e média renda. O mundo em desenvolvimento vive um processo de urbanização que melhora o

saneamento básico, expande o atendimento médico, o que aumenta a expectativa de vida. Em paralelo, o sedentarismo e as alterações na dieta aumentam a prevalência de obesidade e demais fatores de risco cardiovascular.¹¹

Sob essa análise, estratégias populacionais, bem como as voltadas para populações de alto risco são desejáveis, para prevenção primária do desenvolvimento de HAS. As estratégias de caráter populacional são ações de promoção de saúde em larga escala, com foco na educação e no conhecimento da hipertensão arterial. Podem ser implementadas por meio de campanhas educativas (jornais, revistas, TV, rádio) e visam a conscientizar a população em geral a adotar hábitos saudáveis de vida. Já as estratégias para grupos ou indivíduos selecionados são ações que visam atingir grupos suscetíveis e com maior risco de desenvolver hipertensão arterial. Incluem-se nessa categoria os portadores de fatores de risco, tais como história familiar, excesso de peso, consumo excessivo de álcool, alta ingestão de sal, sedentarismo, raça negra, menor escolaridade e genética¹².

Dentre as medidas não medicamentosas, para a prevenção primária da HAS, as Mudanças no Estilo de Vidas (MEVs) são responsáveis pela redução da pressão arterial (PA) e redução da mortalidade cardiovascular. (Tabela 1)¹³.

No grupo de hipertensos da ESF, trabalhamos a questão do entendimento da doença por parte dos pacientes, bem como adesão medicamentosa e o controle pressórico. A procura de novos pacientes é grande e temos tido bons resultados de controle pressórico e de controle de doenças cardiovasculares.

Tabela 1 – MEV e Redução da PA, Níveis de Evidência e Grau de Recomendação (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão)

Modificação	Recomendação	Redução da Pressão Arterial Sistólica	Grau de Recomend ação	Nível de evidência
-------------	--------------	---------------------------------------	-----------------------	--------------------

Controle do peso	Manter o peso corporal na faixa de IMC: 18,5 a 24,9 Kg/m ²	5 a 20 mmHg para cada 10 Kg de peso reduzido	I	A
Padrão alimentar	Dieta Dash (Dietary Approaches to Stop Hypertension) - rica em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura.	8 a 14 mmHg	I	A
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para no máximo 2g por dia	2 a 8 mmHg	IIB	B
Exercício físico	Caminhadas, pelo menos 30 minutos por dia, 3 vezes na semana	4 a 9 mmHg	I	A
Consumo de álcool	30g por dia de etanol para homens e 15g por dia para mulheres	2 a 4 mmHg	IIB	B

4 - VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A visita domiciliar (VD) é uma ferramenta que depende, fundamentalmente, de um bom grupo de agente comunitários de saúde. Esses profissionais são um pilar fundamental para o direcionamento de visitas ao lar, uma vez que, conhecendo a clientela, suas condições de vida e saúde através das andanças pela área, conseguem direcionar as visitas aos pacientes mais necessitados, e como maior urgência para o atendimento.

Quando cheguei na ESF IV Dr. Tirteu Castro de Castro, tentei colocar em prática o princípio da equidade, que voga dar prioridade de atendimento a quem mais precisa. Nossas VDs se dão da seguinte forma: a equipe de agentes comunitários, em número de 5, juntamente com a enfermeira e a médica, se reúne uma vez por semana para a discussão de casos e problemas a se solucionar. Seleccionamos então, as famílias e pacientes que iremos visitar na semana, o que totaliza de 4 a 5 pacientes por visita. Visitamos os paciente então, todas as sextas-feiras a tarde, quando temos o transporte da prefeitura. Muitas vezes, por demandas diversas da secretaria de saúde, o carro não ficava à nossa disposição e tínhamos que cancelar ou mesmo realizar as visitas a pé.

Nossos pacientes são, em sua grande maioria, idosos, que moram ou sozinhos, ou acompanhados de seus cônjuges. Em nossa área, encontramos as mais diferentes situações de vida e moradia: já visitamos casa de madeira e chão batido, sem agua encanada; casas onde o colorido das roupas estendidas no varal fora de casa prevalece; casas feitas de material, com internet, televisão e ar condicionado. As mais variadas condições de vida, mas quando falamos de doenças, não há tanta discrepância assim.

Durante as visitas, estão sempre presentes a agente comunitária responsável pela área, a enfermeira e eu. Conversamos com os pacientes, com as famílias, observamos as condições de moradia, os cuidado que os familiares têm com o paciente. Examinamos, aferimos a pressão arterial, medimos o HGT nos diabéticos, fazemos curativos. Quando necessário, verifico as medicações utilizadas pelo paciente, bem como questiono a forma como ele as utiliza. Verifico se seus últimos exames estão normais e solicito novos, quando necessário. Tentamos sempre estabelecer uma boa relação equipe-paciente, conversamos sobre ações de prevenção e promoção da saúde. Informamos sobre as campanhas de vacinação e mutirão de saúde que acontecem nos bairros, eventualmente. Registro todas as visitas em prontuário de papel e estabeleço os planos e retornos para um mês, dois ou mais tempo.

No início do ano de 2016, a demanda pela visita do médico era grande, visto que a área adscrita pela ESF ficou sem médico por mais de 30 dias. Atendi muitos pacientes com doenças crônicas descompensadas, muitos tratamentos desorganizados e feitos de forma errada. Tivemos trabalho no início. Nossas

ações eram mais de diagnóstico, tratamento e reabilitação do que promoção e prevenção. A medida que fomos atendendo esses doentes mais crônicos, passamos, então, a realizar as visitas mais para prevenção e promoção da saúde.

Atendi muitos casos durante o ano, porém, alguns forma mais marcantes.

Quando a agente me passou o caso do seu Jose, um senhor de 66 anos, portador do vírus HIV, dizendo-me que ele morava dentro de um estábulo e estava definhando, fiquei desconfiada, porém, ao chegar no local, qual não foi a minha surpresa, o senhor vivia numa espécie de jóquei clube, era cuidador de cavalos e sim, vivia em um cubículo fechado, sem janelas, ao lado do estábulo. Estava resistente a tomar os antirretrovirais, bem como a se mudar para outra cidade, juntamente com um filho. Estava tendo infecções respiratórias de repetição, não conseguia se alimentar e tinha tosse persistente. Orientamos o paciente da importância de tomar as medicações, mas sabíamos que ele seria resistente. Chegando ao posto de saúde, discutimos o caso do seu José e decidimos entrar em contato com o familiar, com vistas a tentar interna-lo em um hospital. Tivemos êxito, o familiar levou-o. Foi diagnosticado com tuberculose e, felizmente, sobreviveu.

Outro paciente, o seu João, de 63 anos, paraplégico há 20 anos, após uma cirurgia de coluna lombar, que desenvolveu uma úlcera de pressão na região glútea, profunda. O paciente e seus familiares não tomavam os devidos cuidados com a ferida, bem como com o posicionamento do paciente na cama e acentos. Iniciamos as visitas orientando então sobre a origem do problema e como fazer para evitá-lo, bem como o manuseio dos curativos, tipo de colchão a se utilizar e melhor posicionamento para reduzir a pressão sobre a ferida. Fazíamos visitas para seu Joao praticamente toda a semana, analisando a evolução da úlcera. Insistimos sobre a importância dos cuidados. Após quase 9 meses de evolução e cuidado, a ferida cicatrizou, o que trouxe muita alegria para seu João e sua família, bem como para a equipe de saúde.

Outro caso triste, de uma mulher de 36 anos, mãe de 3 filhos, separada, técnica de enfermagem, que foi diagnosticada com tumor cerebral. A atendi pela primeira vez no posto de saúde, cheia de saúde e vitalidade. Seu caso evoluiu,

o tumor cresceu, afetou todo o seu hemicorpo esquerdo, impossibilitando-a de caminhar, movimentar sua mão e, muitas vezes, de falar. Agora, faço visitas domiciliares para ela, acamada, chorosa, consciente da evolução de sua doença. Nessas visitas, tentamos proporcionar o máximo de conforto e manejo da dor, mas é difícil aceitar, em casos como esse, nossa impotência perante algumas doenças.

Outra paciente que marcou foi uma senhora diabética, de 74 anos, cega, com um pé amputado e com doença de Alzheimer. Fomos chamados para avaliar seu estado mental, visto que a paciente encontrava-se extremamente agitada, confusa e agressiva com os familiares. Tendo em vista todas essas patologias, entendia-se o porquê de a paciente estar nesse estado mental. Passei medicações que a acalmaram; posteriormente, apliquei testes tais como o mini mental e orientei aos familiares que fizessem estímulos cerebrais contínuos com ela, para percepção de objetos com as mãos, memória, identificação de alimentos através do cheiro...quando saí dessa visita, senti-me extremamente feliz, pois percebia que realmente estava fazendo a diferença e contribuindo para a melhoria e bem estar dos pacientes.

As visitas domiciliares sempre são um desafio, uma vez que nem sempre a explicação para a doença está em alguma alteração corporal. Muitas vezes as feridas são mais profundas e precisamos de tempo para encontrá-la e curá-las. É isso que o acompanhamento domiciliar proporciona: à medida que o paciente abre as portas de sua casa para a equipe, abre também as portas para que seja ajudado. Tenho certeza de que a ida da equipe de saúde até o domicílio dos pacientes, proporciona uma melhoria da qualidade de saúde tanto física, quanto mental.

5 – REFLEXÃO CONCLUSIVA

Nesse momento de conclusão, é preciso que façamos uma reflexão do momento atual em que vivemos, pois isso reflete no nosso trabalho diário.

Os repasses de recursos para a saúde vem se reduzindo nos últimos tempos, o que prejudica infimamente o desenvolvimento do nosso trabalho, uma vez que as ações voltadas para prevenção e para atenção primária se reduzem.

Com isso, devemos ter a iniciativa de se fazer mais com menos. E isso é possível. Nesse ano, trabalhei em condições de trabalho que não eram as melhores, os recursos eram escassos, trabalhei com cotas de exames mensais, não tínhamos medicações para todas as patologias na farmácia básica, as referências demoravam um tempo superior do que os pacientes poderiam esperar, exames definidores de condutas levavam quase um ou dois anos para serem liberados, porém, uma vez que os recursos não nos permitiam agilizar os processos, passávamos a adotar condutas diferentes, mas não menos eficazes, para tentar solucionar os problemas dos pacientes. O controle do diabetes mellitus através da monitorização da glicemia capilar, sem a hemoglobina glicada era um exemplo. Os grupos de hipertensos, asmáticos e tabagistas foram outros exemplos de tentar minimizar a falta de recursos, utilizando ferramentas que estavam ao nosso alcance.

A consciência da co-responsabilização dos pacientes para com suas doenças também foi desenvolvida. Os pacientes conseguiram entender que o foco principal deve ser na prevenção de doenças ou manejo de doenças crônicas já instaladas, e não na atenção primária como se essa fosse um serviço de pronto atendimento, imediatista.

Desenvolvemos ações multiprofissionais, feiras de saúde, campanhas de vacinação e combate à dengue. O trabalho interdisciplinar foi estabelecido através da discussão dos casos complexos que iam além da resolução de apenas um profissional, reuniões de como melhorar o atendimento, abordagem de atenção ao paciente e manutenção de um vínculo duradouro.

O estudo da primeira parte do EAD agregou-me uma visão mais administrativa e funcional do sistema. Me fez entender como são distribuídos os recursos e porque algumas áreas de saúde recebem mais do que outras, mas, acima de tudo, me fez compreender como a atenção primária é fundamental para o desenvolvimento de um sistema de saúde solidificado e forte.

O estudo dos casos complexos foi uma surpresa positiva do curso, uma vez que trouxe a teoria básica das patologias mais prevalentes do nosso meio, possibilitando, assim, uma melhor abordagem de situações complexas.

Sem dúvida, foi um ano de muito trabalho e estudo, mas que contribuiu enormemente em minha formação tanto pessoal, como profissional.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – SKRASTAD RB et al. Risk assessment for preeclampsia in nulliparous women at 11-13 weeks gestational age: prospective evaluation of two algorithms. 122(13):1781-8. **BJOG**, 2015.
- 2 POON, LCY et al. First-trimester prediction of hypertensive disorders in pregnancy. 53: 812-818. **Hypertension**, 2009.
- 3 – DUCKITT, K; HARRINGTON, D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematics review of controlled studies. **BMJ**, 2005.
- 4 – SOUZA, MC et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. 36(3):452-460. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 2012.
- 5 – YASSOYAMA, MCBM; SALOMÃO, MLM; VICENTINI, ME. Características das mulheres que realizam exame preventivo do colo do útero durante a gestação: bases para estratégias do Programa de Saúde da Família (PSF). **Arq Ciênc Saúde**. São Paulo, 172-176, 2005.
- 6 – **INCA**. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero/Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro. 2011.
- 7 – CALSTEREN, K.V et al. Cervical neoplasia during pregnancy: diagnosis, management and prognosis. **Res Clin Obstet Gynaecol**. V. 19, n. 4, p. 611-630. 2005.
- 8 – **MINISTÉRIO DA SAÚDE, INCA**. Diretrizes para o rastreamento do câncer de colo do útero. Rio de Janeiro. Atualizado em 2016.
- 9 – SACKS, FM et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension diet. **New England Journal of Medicine**. 344:3-10. 2001.

10 – KEARNEY, PM et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **Lancet**. 365: 217-23, 2005.

11 – BRANDÃO, AA et al. Hipertensão. 2 edição. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2012.

12 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic disease: a vital investimento. **WHO**. Geneva, 2005.

13 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global health risk: mortality and burden of disease attributable to select major risks. **World Health Organization**. Geneva, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO
ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

**CRIAÇÃO DE GRUPO DE GESTANTES EM ESF COMO FORMA DE
ESTÍMULO AOS CUIDADOS E MELHORIA DA ASSIDUIDADE EM PRÉ-
NATAL**

Elenisa Predebon Zanella

Porto Alegre, outubro de 2016

RESUMO

A realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. (BVMS) Pensando nisso e sabendo-se que na ESF IV Dr. Tirteu Castro de Castro, no município de Arroio dos Ratos-RS as gestantes tinham uma frequência nas consultas pré-natal inferior ao desejado e sabendo-se que o número de casos de morte materna estava numa crescente no município é que objetivou-se esse projeto de intervenção, como uma proposta de educação continuada para a promoção à saúde de forma integral e multidisciplinar, através de encontros mensais sobre temas relevantes de pré-natal, abordados por profissionais de diferentes especialidades, visando atraí-las para o posto de saúde e familiarizá-las sobre aspectos do pré-natal e a importância de realizá-lo. O grupo de gestantes possibilita o intercâmbio de experiências e conhecimentos, vínculo entre profissional e paciente. Através desse estímulo, temos a chance de encontrá-las na ESF ao menos uma vez ao mês, fazendo consultas em grupo, se necessário, e avaliando sua evolução, implicando em benefícios reais quanto à promoção da saúde.

Palavras chave: pré-natal, gestação, grupo.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	27
2. OBJETIVOS	29
2.1 OBJETIVOS GERAIS	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3. REVISÃO DE LITERATURA	30
4. METODOLOGIA	31
4.1 PACTUAÇÃO DAS AÇÕES	32
4.2 ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	32
4.3 EXECUÇÃO DAS AÇÕES	32
4.4 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	33
5. CRONOGRAMA	33
6. RECURSOS NECESSÁRIOS	34
6.1 RECURSOS HUMANOS	34
6.2 RECURSOS MATERIAIS	34
7. RESULTADOS ESPERADOS	35
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução acontece, na maior parte dos casos, sem intercorrências. As observações clínicas e as estatísticas demonstraram que a maioria das gestações começa, evolui e termina sem complicações, são as gestações de baixo risco. Outras, entretanto, já iniciam com problemas, ou eles surgem durante o seu transcurso e apresentam maior probabilidade de desfechos desfavoráveis, tanto para o feto, quanto para a mãe. Essa parcela constitui o grupo denominado alto risco. O objetivo da assistência pré-natal é monitorar o bom andamento das gestações de baixo risco, preparar a gestante e seu companheiro para o momento do nascimento e identificar adequada e precocemente quais pacientes tem maior chance de apresentar uma evolução desfavorável (FREITAS, 2011).

Na ESF IV, Dr. Tirteu Castro de Castro, deparamo-nos com um número alarmante de mulheres que ganham seus filhos sem terem feito o número suficiente de consultas pré-natais estipuladas pelo ministério da saúde e, junto a isso, a maior possibilidade de não serem detectadas e tratadas doenças da gestação.

Somente nesse ano de 2016, tivemos casos de óbitos fetais por malformações congênitas em gestantes que não haviam feito nenhuma ecografia. Mortes maternas por síndrome de HELLP, também, em gestantes que não vinham rotineiramente às consultas. Inúmeros casos de parto prematuro por pré-eclâmpsia, também em gestantes faltosas.

Sabemos que a mortalidade materna tem apresentado reduções desde 1990. A queda da mortalidade materna deve-se fundamentalmente à redução das causas obstétricas diretas, decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. A mortalidade materna por causas diretas diminuiu 56% desde 1990 até 2007. Contudo, as taxas por causas diretas ainda são elevadas e representam um grande desafio para o sistema de saúde. (BRASIL, 2012)

Constitui-se assim, o **problema** desse projeto de intervenção a seguinte questão: como aumentar a assiduidade de gestantes ao acompanhamento pré-natal, visando à redução das taxas de mortalidade materna e à prevenção e detecção precoce de patologias?

Diante da importância do tema supracitado, há que se criar alternativas e soluções para tal **problema**; ações para atrair gestantes para a ESF, busca ativa por agentes comunitárias de saúde, visitas domiciliares para gestantes que habitem longe, agendamento de consultas em horários flexíveis. Com tal intuito, foi criado o grupo de gestantes, com o objetivo do cuidado continuado e de trazê-las para junto do posto de saúde ao menos uma vez por mês, objetivando também a solicitação de exames em períodos corretos, troca de experiência entre as que já são mães, consultas em grupo, palestras informativas, questionamento e esclarecimento de dúvidas pertinentes por parte das gestantes, capacitação sobre temas como direito da gestante, nutrição, cuidados com o corpo, saúde bucal, mudanças fisiológicas.

Na ESF o trabalho com grupos favorece uma intervenção à saúde para além da doença ou do corpo doente, com apreensão de necessidades mais abrangentes dos sujeitos, integrando ações preventivas, promocionais e assistenciais, integrando profissionais em equipes multidisciplinares e multiprofissionais para uma compreensão mais ampla dos problemas de saúde e gerando intervenções mais efetivas. (D'ACAMPORA, 2006)

Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

2. OBJETIVOS

2.1 Gerais

- Realizar grupos de gestantes visando a promoção do seu acolhimento objetivando um melhor monitoramento do pré-natal.

2.2 Específicos

- Construir um vínculo entre equipe da APS e gestante;
- Prevenir, diagnosticar e tratar doenças próprias da gestação;
- Possibilitar a troca de experiências entre a equipe e gestantes e entre gestante e gestante;
- Abordar temas relevantes em mini palestras, em encontros mensais;
- Preparar a mulher para a maternidade, proporcionando informações educativas sobre o parto e o cuidado com a criança.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O pré-natal é uma das questões mais importantes na saúde das mulheres. Acesso ao pré-natal deve ser feito o mais cedo possível, porque é durante este tempo que a doença materna pode ser controlada e ações preventivas podem ser realizadas em nome de filhos. Além de assistência pré-natal, atenção ao parto é uma outra questão muito importante, porque mais de 50% das mortes neonatais e maternas ocorrem durante o parto. (GUIMARÃES, 2016). Nos países em desenvolvimento, onde a atenção à gestação constitui uma oportunidade importante e, às vezes, única para a população feminina procurar e receber cuidados médicos, existe um interesse crescente pela avaliação da assistência pré-natal. Em geral, merece destaque o estabelecimento de metodologias que permitam a implantação de avaliações rotineiras do atendimento à gravidez. (COUTINHO, 2010)

Vários estudos demonstraram que a ausência de assistência pré-natal está associada a maior taxa de mortalidade perinatal. Tem sido constatado que, ao contrário das nações desenvolvidas, onde as perdas perinatais estão relacionadas principalmente a doenças de difícil prevenção, entre estas as malformações congênitas, o descolamento prematuro de placenta e os acidentes de cordão, nos países em desenvolvimento predominam os óbitos perinatais por afecções passíveis de prevenção ou controle por meio de adequada assistência pré-natal, tais como as síndromes hipertensivas, sífilis congênita e infecções urinárias complicadas. (TREVISAN, 2002). Estudos apontam que cerca de metade das mortes na América Latina e Caribe são por distúrbios hipertensivos e hemorragias, com um percentual importante de causas não definidas. Já nos países desenvolvidos, causas diretas relacionadas à anestesia e à cesariana são as mais frequentes. (KHAN, 2006)

Redução de mortalidade materna tem sido uma prioridade global de saúde e é um alvo nas metas de desenvolvimento do milênio da ONU e uma das principais preocupações da estratégia mundial para a saúde das mulheres e das

crianças, lançado pelo secretário-geral da ONU em setembro de 2010. (SAY, 2014)

No contexto atual, frente aos desafios citados, o Ministério da Saúde, com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil, instituiu a Rede Cegonha, que representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades); na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e na humanização do parto e do nascimento. (BRASIL, 2012)

O acesso ao acompanhamento pré-natal vem aumentando no Brasil. A proporção de gestantes que tiveram sete ou mais consultas pré-natais aumentou de 44% em 2000 para 56% em 2007, com importantes diferenças regionais, variando de 31% na região norte a 72% na região sul. Também tem aumentado o número de mulheres que iniciam o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre, de 66% em 1996 para 84% em 2006. (DUNCAN, 2013)

O grande desafio assistencial no momento é melhorar a qualidade da atenção à saúde da gestante e da puérpera, o que pode ser alcançado pela implementação de estratégias efetivas que visem ao acompanhamento pré-natal de qualidade, com um roteiro mínimo estendido às gestantes, garantia a assistência qualificada ao parto e ao puerpério. (DUNCAN, 2013)

4- METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção que visa a criação de grupo de gestantes, objetivando uma melhoria da atenção pré-natal. Sabe-se que os trabalhos com grupos nos levam a compreender melhor os saberes já existentes na comunidade, o que propicia um espaço de trocas e construção de novos saberes. O grupo será oferecido às gestantes da área de atuação da ESF IV Dr. Tirteu Castro de Castro, no município de Arroio dos Ratos/RS, com encontros

mensais, sendo feito no final de cada encontro uma avaliação geral qualitativa das atividades pelos participantes, abordando aspectos como reações do grupo, mudanças no comportamento no pré-natal e aprendizado adquirido. As ações descritas abaixo representam as etapas da ação proposta.

4.1 Pactuação das ações

O projeto foi apresentado à equipe de ESF Dr. Tirteu Castro de Castro em junho de 2016, após discussão sobre a relevância do tema e importância da criação do grupo de gestantes. A equipe se reuniu no mês de maio, formulou estratégias para atrair o maior número de gestantes, foram definidos os objetivos do grupo, os temas e as formas de como seriam apresentados. Optamos por abordar os assunto sob a forma de pedagogia problematizadora, buscando passar o conhecimento, gerando a participação crítica e ativa das participantes. Foi definido que, nessa primeira tentativa, seriam nove encontros mensais, com número ilimitado de pessoas. As gestantes receberiam convite pessoalmente, entregue pelas agentes comunitárias de saúde. O início do grupo também foi divulgado pela rádio local.

4.2 Organização e gestão do serviço

No início do mês de julho foi realizado o primeiro encontro, que vem acontecendo mensalmente, na última quarta-feira de cada mês, após as consultas pré-natais, durante o período de aproximadamente uma hora, dentro do horário de trabalho e funcionamento do ESF, na sala de reuniões do posto. Serão realizados um total de 9 encontros, cada um com seu tema base pensado pela equipe, apresentados no cronograma desse projeto, exceto o último encontro, quando se dará a avaliação qualitativa do projeto de intervenção.

4.3 Execução das ações

Os encontros são realizados, em um primeiro momento, por meio de exposição de conteúdo teórico/prático por diferentes profissionais da saúde,

através da exposição do conteúdo em Power point, visualização de vídeos sobre anatomia e mecanismo do parto, explanação em manequins sobre amamentação e pega correta, confecção de cartazes abordando medicações prescritas e proscritas, ações práticas de como higienizar a cavidade oral do bebê, exposição de imagens corporais de mulheres na concepção, gestação e puerpério, abordando as modificações do corpo materno, fornecimento de panfletos contendo alimentos adequados e não adequados durante a gestação, trabalho físico de alongamentos e atividades físicas. Esse primeiro momento se dará em torno de 25 a 30 minutos e no segundo momento, abre-se a roda de discussões com as participantes.

4.4 Monitoramento e avaliação

No início dos encontros, passaremos uma lista de presença e, em caso de faltas, a agente comunitária de saúde entrará em contato com a gestante para questionar o motivo da falta, tentará estimular que compareça nos próximos e lhe será entregue o conteúdo do encontro. A avaliação será dividida em dois momentos: avaliação do grupo pelas participantes e avaliação das atividades pela equipe que coordena o grupo. Serão entregues às gestantes, ao final do encontro, um questionário abordando questões do tipo: como você se sentiu durante o encontro? A atividade lhe acrescentou conhecimento e correspondeu as suas expectativas? Como podemos melhorar? O que mais você gostaria de saber? A atividade mudou sua forma de encarar a gestação? Os encontros lhe estimulam a vir nas consultas pré-natais?

Para avaliação do grupo pela equipe, registraremos os encontros através de gravações de todas as atividades, para posterior avaliação e análise do conteúdo exposto, bem como o andamento do grupo através dos resultados obtidos.

5. CRONOGRAMA

O cronograma de atividades abrange um período de oito meses e está apresentado no quadro abaixo.

Data	Tema
06/07/2016	Apresentação e integração
27/07/2016	Medicações e exames na gestação
24/08/2016	Mudanças no corpo durante e após a gestação
28/09/2016	Alimentação durante a gestação
26/10/2016	Direitos da gestante no município
23/11/2016	Saúde bucal da gestante e do bebê Exercícios físicos durante a gestação
21/12/2016	Relação mãe e bebê
25/01/2017	Cuidados com o recém nascido
22/02/2017	Avaliação final

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 Recursos humanos

Equipe da ESF IV: médico, enfermeiro, técnicos de saúde, dentista, técnico em saúde bucal, psicólogo, fisioterapeuta, agentes comunitárias de saúde, assistente social, nutricionista.

6.2 Recursos materiais

Sala adequada para ministrar os encontros com cadeiras com braço; equipamento de multimídia (computador com acesso a internet, projetor, painel e impressora); cronograma dos encontros impresso; carteirinha de gestantes; camisetas com identificação e logo do grupo de gestantes; peças acrílicas anatômicas dos órgãos genitourinários feminino; folders explicativos impressos; cardápio da gestante impresso em folhas A4; escovas de dente amostra grátis; cadernos de atenção básica.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Com esse Projeto de Intervenção espera-se uma cobertura pré-natal de 100% das gestantes da área que abrange o ESF IV Dr. Tirteu Castro de Castro, Arroio dos Ratos/RS e, a longo prazo, a redução dos índices de mortalidade infantil e de mortalidade materna. Espera-se que o serviço proposto seja continuado pelos próximos anos e que não se finde com a troca de profissionais. Também, espera-se que as gestantes tenham em mente que a ESF está sempre de portas abertas para recebê-las, tanto durante as consultas, grupos, como em qualquer horário que necessitarem. Através do compartilhamento de vivências e experiências apresentados nos encontros e de estímulo ao trabalho multiprofissional será possível acordar compromissos para melhorar o sistema de saúde brasileiro e ampliar a responsabilidade de toda a equipe junto à saúde da comunidade. Com essas medidas incorporadas na prática profissional diária poderá haver um salto de qualidade na atenção à saúde da gestante e uma melhor cobertura pré-natal.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Biblioteca virtual em saúde. Importância do Pré-Natal. Outubro de 2005. Disponível em: [Http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/90prenatal.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/90prenatal.html). Acessado em setembro de 2016.

FREITAS, MC et al. Rotinas em Obstetrícia. 6ª edição. Porto Alegre: **Artmed**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília, Distrito Federal, 2012.

D'ACAMPORA, AJ; CUTOLO LR. Manual de Terapêutica Assistência à Família. Departamento Científico Associação Catarinense de Medicina. Florianópolis, 2006.

GUIMARÃES, AS; MANTOVANI, SA; OLIART-GUZMÁN H. Prenatal care and childbirth assistance in Amazonian women before and after the Pacific Highway Construction (2003–2011): a cross-sectional study. **BMC Womens Health**. 2016; 16: 37.

COUTINHO, TM; GIANI, MF; SAYD, JD; BUSTAMANTE, MT. Monitoring the prenatal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2010; v.32, n.11, p.563-569.

TREVISAN, MR; DE LORENZI, DRS; ARAÚJO, NM; KHADDOUR, E. Pré-natal Care Profile among Public Health Service (“Sistema Único de Saúde”) Users from Caxias do Sul. **RBGO**. 2002; v. 24, nº 5.

KHAN, K; WOJDYLA, D; GULMEZOGLU, M; VAN LOOK, P. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. **Lancet**. 2006; 367:1066-74.

SAY L; CHOU D; GEMMIL A; TUNCALP O; MOLLER AB; DANIELS J; GULMEZOGLU AM; TEMMEMAN M; ALKEMA L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **Lancet Glob Health**. 2014; 2(6):e323-33.

DUNCAN, BB et al. Medicina Ambulatorial. Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4ª edição. Porto Alegre: **Artmed**, 2013.