

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

GRACIELA MORALES GARCÍA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE REFERENTE A GRAVIDEZ DE ALTO RISCO NA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO PSF ROSA PEDROSO DE ALMEIDA EM
TRÊS MARIAS/MG**

UBERABA/MG

2016

GRACIELA MORALES GARCÍA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE REFERENTE A GRAVIDEZ DE ALTO RISCO NA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO PSF ROSA PEDROSO DE ALMEIDA EM
TRÊS MARIAS/MG**

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

Orientador: Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim

UBERABA/MG

2016

GRACIELA MORALES GARCÍA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE REFERENTE A GRAVIDEZ DE ALTO RISCO NA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO PSF ROSA PEDROSO DE ALMEIDA EM
TRÊS MARIAS/MG**

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

Banca Examinadora:

Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim (orientador)

Prof.

Aprovado em Uberaba, ____ / ____ / ____

RESUMO

Este estudo teve como objetivo elaborar projeto de intervenção voltado para prevenção de complicações decorrentes de gravidez de alto risco. Para elaboração da proposta de intervenção foram realizadas ações em três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação. Constatou-se que o trabalho educativo da ESF sobre sexualidade, riscos e complicações da gravidez, do aborto, do acesso à contracepção e de uma ampla política de planejamento familiar são imprescindíveis e, podem influenciar na diminuição da proporção de gravidez nos grupo de riscos, os autores pesquisados enfatizaram ainda, como uma modalidade de escolha para a promoção da saúde, o trabalho grupal, que se caracteriza como uma ótima estratégia para trabalhar com grupos de riscos ampliando sua capacidade de gestão do seu processo de saúde-doença. Conclui-se que ações educativas cujo conteúdo seja informar as pacientes sobre riscos e prejuízos de uma gravidez de alto risco, bem como sobre sua prevenção são oportunas como medidas de promoção da saúde desenvolvidas pela ESF.

Palavras chaves: promoção da saúde, gravidez, prevenção, educação permanente

ABSTRACT

This study aimed to develop intervention project for the prevention of complications from high-risk pregnancy. For preparation of the intervention proposed actions were carried in three stages: situation analysis, literature review and preparation of the action plan. Found that the ESF educational work on sexuality, risks and complications of pregnancy, abortion, access to contraception and a wide family planning policy are essential and can influence the decrease in the proportion of pregnancies in the group of risks, the authors surveyed emphasized yet, as a modality of choice for health promotion, group work, which is characterized as a great strategy for working with risk groups expanding their management capacity of their health-disease process. We conclude that educational activities whose contents you inform patients about risks and losses of a high-risk pregnancy, as well as on its prevention are timely as health promotion measures undertaken by the ESF.

Key words: health promotion, pregnancy, prevention, continuing education

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Composição da equipe Rosa Pedroso de Almeida	7
Quadro 2: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de Andrequice, 2014	18
Quadro 3: Descritores do problema elevado índice de grávidas de alto risco na equipe Rosa Pedroso de Almeida, 2014.....	18
Quadro 4: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema alto índice de grávidas de alto risco	21
Quadro 5: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema alto índice de grávidas de alto risco	22
Quadro 6: Viabilidade do plano de intervenção do problema alto índice de grávidas de alto risco	22
Quadro 7: Plano operativo para plano de intervenção do problema alto índice de grávidas de alto risco	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo Geral	9
2.2 Objetivos específicos.....	9
3 JUSTIFICATIVA	10
4 METODOLOGIA.....	11
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
5.1 Fatores de risco na gravidez	12
5.2 A Importância do Planejamento Familiar.....	15
5.3 Processo Educativo para Evitar a Gravidez de Risco.....	16
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	18
6.1 Identificação dos Problemas.....	18
6.2 Priorização dos Problemas.....	18
6.3 Descrição do problema	18
6.4 Explicação do problema	19
6.5 Identificação dos nos críticos	19
6.6 Desenho das Operações	21
6.7 Identificação dos recursos críticos.....	21
6.8 Análise de viabilidade do plano	22
6.9 Elaboração do Plano Operativo	23
6.10 Gestão do Plano.....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

A cidade de Três Marias tem área total de 2.688,26 Km² com dois principais zonas de concentração habitacional: Três Marias (cede) e Andréquicé, tendo aproximadamente 8.002 famílias em 8.793 domicílios, população de aproximadamente 30.673 habitantes, nos quais 29.078 habitantes (94,8%) moram na zona urbana e 1.595 (5,2%) na zona rural. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0.752, Taxa de Urbanização de 94.7% e renda média familiar de R\$ 1.231,00. As principais atividades econômicas do município são a indústria de metais, o comércio, a pesca. No que diz respeito à educação, o município dispõe de 45 escolas, sendo 14 privadas, 22 municipais e 9 estaduais. O índice de analfabetismo é de 7.5%.

No município existem 15 estabelecimentos de Saúde SUS, compostos por um Hospital, 10 Unidades Básicas de Saúde e outras unidades que atendem pelo SUS. A Unidade Básica de Saúde (UBS) Rosa Pedroso de Almeida, que será alvo do projeto de intervenção deste TCC, possui 395 famílias cadastradas com população de aproximadamente 1.181 habitantes. Nessa unidade são atendidos pacientes do bairro Andréquicé e outros que moram em sítios e fazendas situadas até 10 km da UBS. Além disso, o atendimento é dividido em quatro micro áreas que recebem diariamente a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS). A UBS Rosa Pedroso de Almeida localiza-se no centro da área de abrangência, facilitando o acesso da comunidade. A unidade conta com equipamentos adequados para atenção e atendimento aos pacientes, além de acessibilidade uma vez que a UBS ainda está em construção. A distribuição da jornada de trabalho da equipe é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1: Composição da equipe Rosa Pedroso de Almeida

Quantidade	Profissional	Carga horária semanal
1	Médica	32 horas/sem.
1	Enfermeira	40 horas/sem.
1	Técnico em enfermagem	40 horas/sem.
4	Agentes Comunitários de saúde	40 horas/sem.
1	Zeladora	40 horas/sem.

Entre os problemas de saúde identificados no diagnóstico situacional, o que se destacou foi a elevada incidência de gravidez de alto risco e a baixa adesão dos membros da comunidade da ESF ao grupo operativo de educação em saúde. A gravidez de alto risco foi definida como prioridade para o projeto de intervenção deste TCC.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Elaborar projeto de intervenção voltado para prevenção de complicações decorrentes de gravidez de alto risco.

2.2 Objetivos específicos

- Promover a educação permanente da equipe sobre gravidez de risco
- Realizar levantamento sobre as mulheres que tem riscos na gravidez na faixa etária entre 15 a 49 anos de idade.
- Ampliar a visão com a educação em saúde de que ações de prevenção à gravidez de alto risco podem significar a redução da incidência e, conseqüentemente, dos problemas e mortes relacionadas com ela.
- Criar mecanismos de monitoramento em consultas e visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde as mulheres de 15 a 49 anos com riscos diversos para uma futura gravidez de alto risco.

3 JUSTIFICATIVA

Entre os problemas de saúde identificados na população da área do PSF Rosa Pedroso de Almeida, destacam-se elevada incidência de gravidez de alto risco e a baixa adesão dos membros da comunidade da ESF aos grupos operativos de educação em saúde. Assim sendo, a atenção a saúde a mulheres durante gravidez de alto risco foi definida como prioridade para o projeto de intervenção deste TCC.

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pela gestante e equipe de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional (BRASIL, 2008).

Na área de abrangência existe número elevado de mulheres com obesidade ou baixo peso, o que está associado, entre outros fatores, a falta de conhecimento dos mais importantes elementos para manter alimentação saudável e também ao consumo de álcool e drogas. Entre as grávidas, há grande número de mulheres maiores de 35 anos, além daquelas que são múltíparas e as que constituem risco para sofrer evolução desfavorável ao chegar a gravidez.

A atenção em planejamento familiar reduz os números de gestações não desejadas e de abortamentos provocados, que se constituem em grande problema na adolescência. Em mulheres com maior idade, as doenças crônicas como diabetes, hipertensão, cardiopatias, asma bronquial, entre outras, também são um risco para a gravidez.

Assim surgiu o interesse em se realizar uma intervenção por meio da educação em saúde e de divulgação de informação para promover saúde, prevenir gravidez de alto risco e evitar suas complicações. Propõe-se um projeto de intervenção educativo junto à equipe de saúde, às pacientes e a suas famílias, para promover a reflexão e o autocuidado no manejo dos fatores de riscos frente a esse importante problema de saúde de nossa comunidade.

4 METODOLOGIA

Para elaboração da proposta de intervenção foram realizadas ações em três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

A busca dos artigos científicos aconteceu a partir da biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e da base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando basicamente os descritores Gravidez, Gestação, “educação em saúde”, “planejamento familiar”, isolados e/ou combinados. O período de busca foi de publicações a partir do ano 2006.

Os dados utilizados no diagnóstico situacional foram a base para construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referência os dez passos propostos Campos; Faria; Santos (2010). Foi necessário fazer duas reuniões com a equipe de saúde e avaliar as propostas de intervenção para buscar soluções e conhecer os seguintes elementos para poder executar as ações e desenvolver um plano de intervenção que possa dar solução aos problemas identificados, tendo como no crítico:

- Hábitos e estilos de vida não saudáveis.
- Avaliação inadequada dos fatores de riscos pré-concepcionais.
- Pouco conhecimento pelas pacientes dos principais fatores de riscos

As propostas para solucionar os nós críticos são as seguintes:

1. Modificar estilos de vida.
2. Promover a educação permanente da equipe e da população sobre a prevenção da gravidez de alto risco.
3. Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento de pacientes com fatores de riscos pré-concepcionais.
4. Implantar a linha de cuidado para riscos pré-concepcionais incluindo mecanismo de referência e contra referência.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Fatores de risco na gravidez

Ao longo de uma trajetória histórica que vem se dando na construção do conceito de risco, pode-se perceber que os primeiros sistemas de avaliação de risco foram elaborados com base na observação e experiência de seus autores, que buscaram construir instrumentos teóricos capazes de identificar associações entre eventos ou condições patológicas, casualmente relacionadas e que data de pouco tempo a preocupação em submeter a análises mais criteriosas estes determinantes de risco (BRASIL, 2006).

Frente a uma necessidade de avançar para além da tradicional abordagem das estratégias de risco foram feitas várias tentativas como: organizar os fatores de risco em grupos, atribuir pontos ou notas a cada fator de risco isoladamente e definir comportamentos de risco ou grupos de risco. No entanto, estes meios utilizados para caracterizar os fatores de risco, a exemplo do HIV/AIDS, foram severamente criticados pela falta de precisão e dissociação entre os diversos fatores e alvo de importantes contradições e conflitos, segundo (AYRES et al, 2004).

Caponi (2004), alerta que um outro problema deve ser observado ao se ater cuidado aos grupos de risco. Segundo esta autora, quando o profissional de saúde privilegia as populações consideradas de risco, pode-se desprezar as necessidades dos grupos considerados normais ou de baixo risco.

O próprio Ministério da Saúde no ano de 2000, objetivando discriminação dos determinantes de risco na gestação, procura dividi-los em quatro grandes grupos, buscando atender as diferenças socioeconômicas e culturais existentes no Brasil. Sendo esta classificação, descrita abaixo, considerada como referência para as unidades básicas de saúde, para o encaminhamento ao pré-natal de alto risco (BRASIL, 2006).

Iº Grupo: Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis

- Idade menor que 15 e maior que 35 anos;
- Ocupação (analisar o esforço físico, carga horária extensa, rotatividade do horário exposição a agentes químicos, físicos e biológicos, estresse);
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular);

- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor que 1,45m;
- Peso menor que 45kg ou maior que 75kg;
- Uso/dependência de drogas (sejam lícitas ou ilícitas).

2º Grupo: História reprodutiva anterior à gestação atual

- Morte perinatal (com ou sem justificativa);
- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- Abortamento habitual;
- Esterelidade/Infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade ou multiparidade;
- Síndromes hemorrágicas;
- Pré-eclâmpsia/ eclampsia;
- Macrossomia fetal.

3º Grupo – Intercorrências clínicas crônicas:

- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus);
- Hemopatias;
- Hipertensão arterial moderada ou grave e ou/ fazendo uso de antihipertensivo;
- Epilepsia;
- Infecção urinária;
- Doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST);
- Doenças auto-imunes;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outros).

4º Grupo – Doença obstétrica na gravidez atual:

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;

- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado
- Pré-eclâmpsia / eclâmpsia;
- Amniorrêia prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Isoimunização;
- Óbito fetal.

Barrón; Rodriguez (2006) definem enfoque de risco no campo da reprodução humana, gênero e conceito reprodutivo como a probabilidade de sofrer um dano durante o processo de reprodução. E que o risco reprodutivo é um indicador de necessidade que nos permite identificar a mulher, familiares ou populações mais vulneráveis, e definir aquelas com maior probabilidade de sofrer danos durante o processo de reprodução.

Mais recentemente, a ansiedade é apontada como um possível fator de risco tanto da prematuridade quanto do baixo peso ao nascer. Podendo afetar negativamente a gestação por causar uma suposta alteração endócrina e por propiciar comportamentos de risco como: o hábito de fumar, alimentação e ganho de peso inadequado e atraso no acesso ao pré-natal (ARAÚJO, 2007).

Segundo Zampieri (2001), a vivência da gestação de risco caracteriza-se por ser um processo extremamente complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado, podendo ser individual e social. É uma experiência única que se estende ao companheiro, família e sociedade. Não é apenas um evento biológico, uma vez que envolve transformações fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, espirituais e alterações de papéis, implicando na aceitação ou não da gravidez. Aspectos estes também inerentes ao processo da gestação normal.

Ao realizar um trabalho sobre gestação de risco, junto a gestantes com diabetes, Silva et al. (2002) entende que a possibilidade de haver intercorrências, tanto para as mães quanto para os bebês, a necessidade em alguns casos de um regime alimentar e as internações constantes durante a gravidez, podem gerar angústia para a gestante e sua família.

A mulher que tem conhecimento de pertencer a um grupo de alto risco devido a sua história familiar também está propensa a desenvolver um perigoso desgaste psicológico. Este desgaste ou estresse psicológico advém do medo ou ansiedade e das incertezas do dia-a-dia na

convivência com “um fantasma” que está sempre a ameaçar sua saúde, segundo Vieira (2004).

Gomes (2001) alerta para a necessidade de se abordar a gravidez de risco sob uma perspectiva interdisciplinar. A gravidez em si já coloca a mulher numa situação de fragilidade sujeita ao processo de medicalização, visto quase sempre apenas como uma ação centrada na condição orgânica em si. Quando acrescenta a este fato a ideia de risco, reforça-se a medicalização e a passividade da mulher frente a algo que possivelmente pode lhe ser adverso, mas necessariamente não será.

Quando a mulher decide engravidar e viver uma gestação de alto risco, ela admite que seu tempo de vida possa ser encurtado ou até transmitir ao filho problemas recorrentes ao uso de medicações e a intercorrência clínica (TEDESCO, 2000).

5.2 A Importância do Planejamento Familiar

Sauthier; Gomes (2011) relatam que em 1984 foi implementado no Brasil o Planejamento Familiar, sendo um programa que leva como maior importância a liberdade do casal em resolver a quantidade de filhos que querem ter, por tanto ele deve ser oferecido ambos os sexos. A atividade vai construindo na educação sexual e saúde reprodutiva, com destaque também para a prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

O Planejamento Familiar faz parte das ações de saúde recomendadas pelo Programa de Atenção Integral à saúde da mulher (PAISM). Ele deve ser desenvolvido respeitando os princípios éticos e de saúde, possibilitando as pessoas escolher livremente o método anticonceptivo mais adequado (SAUTHIER; GOMES, 2011).

Segundo Cavalcante; Portugal (2002) aproximadamente, 10 milhões de mulheres estão susceptíveis à gravidez não planejada, seja por uso impróprio de métodos anticoncepcionais, ou mesmo pela carência de informação e/ou os mesmos estão tão acessíveis.

A decisão de ter um filho é resultado de vários motivos conscientes e inconscientes, como aprofundar uma relação homem-mulher, concretizar o desejo de continuidade e esperança da imortalidade, manter um vínculo desfeito, competir com familiares, preencher um vazio interno (MALDONADO, 1997).

É perceptível, a pouca ou nenhuma participação dos homens relatada pelas mulheres no processo de planejamento familiar. Isso pode ser interpretado com base na perspectiva de gênero, na medida em que práticas médicas, sobretudo a da reprodução, são consideradas pela sociedade como sendo papel da mulher, contrariando aspectos previstos inclusive pelo

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em que o homem também é sujeito no processo sexual e na contracepção (MINELLA, 2015).

Na gravidez desejada e planejada, o sentimento predominante é de felicidade, sentimento considerado como aquele que representa o que é ser mãe. Acredita-se que, neste caso, as pessoas fizeram valer a prática social de forma consciente (BONADIO et al., 2003).

O comportamento da mulher que não programava e não desejava a gestação, reforça a ideia de que as condições sociais em que a mulher se encontra inserida, o número de filhos, a idade, a situação financeira e o estado conjugal são aspectos determinantes a aceitação da gravidez (BARUFFI, 2004).

5.3 Processo Educativo para Evitar a Gravidez de Risco

Sabemos que o conhecimento e a orientação sobre o planejamento familiar têm importante impacto na saúde da mulher e da criança, beneficiando a prevenção seletiva das gestantes de alto risco e de morte materna por causas obstétricas indiretas, além de oportunizar o bem-estar físico, psíquico e social para as pessoas já que possibilita ter filhos no número e momento definidos pela mulher e seu companheiro (VITORIA, 2001).

A educação não somente tem reflexos diretos na ocorrência de gestações não programadas, como em novos casos das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids, em especial para as mulheres (BRASIL, 2004).

Cardoso; Dall`Agnol (2011) destacam a importância do preparo técnico e domínio de conhecimento do tema para estabelecer as estratégias de construção de trabalho em grupo. Lembram que geralmente deste preparo dos profissionais não é adquirido na formação acadêmica, daí a necessidade da equipe de saúde instrumentalizar – se para o trabalho com e em grupo.

Quanto ao processo educativo em saúde, Santos; Freitas (2011, p.1818) afirmam que se torna exigência na atualidade a necessidade dos profissionais de saúde terem além do conhecimento técnico, também o conhecimento para saber aplicar diferentes metodologias inovadoras de ensino de aprendizagem, tornando o processo ativo para os usuários dos serviços de saúde. Entre tanto, o que se observa é que os métodos mais utilizados, como palestras em grupo ou individuais, “podem ser falhos quando reproduzem a ação assistencial característica da saúde, não conseguindo tornar os usuários ativos no processo de planejar sua família.

Ao desenvolver ações educativas recomenda-se que os profissionais optem por uma abordagem pedagógica centrada no sujeito, considerando o conhecimento e a experiência dos participantes, estimulando o compartilhamento de suas experiências e ideias sobre sexualidade e reprodução, suas crenças culturais e religiosas e o que influencia nessas questões. Tal abordagem estimula o participante do grupo a construir sua decisão autônoma. É importante também lembrar que a ação educativa em grupo pode ser reforçada individualmente (BRASIL, 2010).

Por vezes, coordenar um grupo de pessoas é algo bastante complexo, sendo inevitável deparar-se com as diversidades pois, além de motivações diversas, distintos pensamentos, formas de agir e conceber ideias rodeiam num grupo de trabalho. É preciso concentrar esforços e metas comuns a todos chegando à finalidade do próprio grupo em meio a tantas particularidades. Assim, o enfermeiro destaca-se como um profissional que tem a responsabilidade de coordenar a equipe (CARDOSO, DALL'AGNOL, 2011)

Santos; Freitas (2011, p. 1819) sugerem que sejam utilizadas técnicas psicoeducativas com objetivos de mudar o comportamento dos indivíduos em relação ao planejamento familiar, tornando-se o planejamento familiar “um instrumento de análise e desenvolvimento para os próprios membros da família”.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação dos Problemas

Em discussão com os membros da equipe sobre o diagnóstico situacional da área de abrangência, foram destacados problemas situacionais baseados no conhecimento da área pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e no acolhimento pelas técnicas de enfermagem e enfermeiras. Os principais problemas identificados foram: Elevado índice de grávidas de alto risco, Alto índice de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, Água de consumo não tratada, Inexistência de sistema de esgoto e Baixo índice de escolaridade.

6.2 Priorização dos Problemas

Seguindo os critérios de urgência, capacidades de enfrentamento e recursos disponíveis, os problemas foram priorizados e são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de Andrequice, 2014

Problemas selecionados	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado índice de grávidas de alto risco	Alta	7	Parcial	1
Alto índice de hipertensão arterial e diabetes mellitus	Alta	6	Parcial	2
Água de consumo não tratada	Alta	5	Parcial	3
Não existe sistema de esgoto	Alta	5	Parcial	4
Baixo índice de escolaridade	Alta	4	Fora	5

6.3 Descrição do problema

A partir da priorização do problema na área de abrangência, foi realizado levantamento para descrever as características principais do mesmo. O quadro 3, apresenta quantitativamente a necessidade de atenção às mulheres na faixa etária de 15 até 49 anos.

Quadro 3: Descritores do problema elevado índice de grávidas de alto risco na equipe Rosa Pedroso de Almeida, 2014.

Mulheres em idade fértil	n	%	Situações desfavoráveis	n	%
Total	307	100	Baixo peso	19	6
Adolescentes	48	16	Obesas	32	10
Maior de 35 anos	143	47	Doenças crônicas	102	33
			Social	44	14
			Multiparidade	12	4

6.4 Explicação do problema

A equipe precisa conhecer a população adscrita de mulheres em idades fértil e, sobretudo, aquelas que demonstram interesses em engravidar e tem algum fator de risco. A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pela gestante e equipe de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. Existe número elevado de mulheres com obesidade, baixo peso o que demonstra falta de conhecimento a respeito dos elementos para manter alimentação saudável. Adicionalmente, outros fatores como consumo álcool e drogas são preocupantes para essa faixa da população.

Existe grande quantidade de mulheres com idade superior aos 35 anos, além daquelas que são múltíparas, sendo essa situação desfavorável para gravidez. A atenção em planejamento familiar diminui os números de gestações não desejadas e de abortamentos provocados, problema comum na adolescência. Adiciona-se ainda outro grupo com doenças crônicas, tais como diabetes, hipertensão, cardiopatias, asma bronquial, entre outras que também são risco para a gravidez.

6.5 Identificação dos nos críticos

Para buscar soluções é importante conhecer os seguintes elementos para executar as ações e desenvolver plano de intervenção efetivo:

- Hábitos de vida não saudáveis.
- Avaliação inadequada dos fatores de riscos pré-concepcional.
- Pouco conhecimento pelas pacientes dos principais fatores de riscos e planejamento familiar.

Para cada nó crítico foi elaborado um objetivo:

- Modificação dos hábitos de vida
- Melhorar o nível de informação da população sobre os fatores de riscos preconceptionais e planejamento familiar.
- Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento de pacientes com fatores de riscos preconceptionais.
- Implantar a linha de cuidado para riscos preconceptionais incluindo mecanismo de referência e contra referência.

6.6 Desenho das Operações

O quadro 4 apresenta o desenho das operações tendo como base os “nós” críticos apontados.

Quadro 4: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema alto índice de grávidas de alto risco

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos de vida inadequados.	+ Saúde Modificar hábitos de vida	Diminuir o número de pacientes com gravidez de risco	Programa de campanha na rádio local e palestras aos diferentes grupos de riscos	Organizacional: Criar grupos com pacientes: obesa, baixo peso, fumadoras, alcóolicas ect e fazer atividades de promoção de saúde. Cognitivo: informação de estratégias para prevenir gravidez de risco Político: conseguir local, intersetorial com as redes. Financeiro: para recursos Audiovisuais folhetos educativos etc.
Nível de informação	Saber+ Aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de riscos preconceptionais e planejamento familiar.	População mais informada sobre os fatores de riscos que afetam a gravidez.	Avaliação do nível de informação da população e fazer campanha educativa na rádio local.	Cognitivo: conhecimentos sobre estratégias de comunicação Organizacional: Organizar agenda de trabalho Político: Articulação Inter- setorial (parceira com setor educação) Político: decisão de recursos para estrutura o serviço
Estrutura dos serviços em saúde	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento de pacientes com fatores de riscos preconceptionais.	Garantia de medicamentos e exames previstos para o 100% das pacientes com fatores de riscos	Capacitação do pessoal, contratação de compra de exames e consultas especializadas	Financeiros: aumento da oferta de exames e consultas
Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado	Implantar a linha de cuidado para riscos preconceptionais incluindo mecanismo de referência e contra referência	Cobertura de 100% das mulheres com fatores de riscos na faixa etária de 15 até 49 anos	Linha de cuidado para fatores de riscos nas mulheres de 15 até 49 anos implantada. Recursos humanos capacitados	Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e protocolo. Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

6.7 Identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema alto índice de grávidas de alto risco aumentado são apresentados no quadro 5.

Quadro 5: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema alto índice de gravidas de alto risco

Operação/Projeto	Recurso
+Saúde	Político: conseguir o espaço na rádio local; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Viver Melhor	Organizacional: mobilização social em torno das questões de como evitar a gravidez de risco Político: articulação intersetorial e aprovação dos projetos; Financeiro: financiamento do projeto
Saber +	Político: articulação intersetorial
Cuidar Melhor	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;
Linha de Cuidado	Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos). Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

6.8 Análise de viabilidade do plano

A análise de viabilidade do plano de intervenção é apresentada no quadro 6.

Quadro 6: Viabilidade do plano de intervenção do problema alto índice de gravidas de alto risco

Operações/projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
+Saúde Modificar hábitos de vida	Político: Conseguir o espaço na rádio local Financeiro: Para adquirir os recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Setor de comunicação social Secretaria de saúde	Favorável Favorável	Não é necessário
Saber+ Melhorar o nível de informação da população da faixa etária de 15 até 49 anos sobre os riscos preconcepcional e planejamento familiar.	Político: Articulação com a secretaria de Educação	Secretaria de Educação	Favorável	Não é necessário
Cuidar melhor Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiros: recursos necessários o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consulta especializada).	Prefeito Secretaria de Saúde Fundo nacional de saúde.	Favorável Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede
Linha de cuidado Reorganizar o processo de trabalho para melhorar efetividade do cuidado	Político: Articulação entre os setores assistenciais da saúde	Secretaria Municipal de saúde	Favorável	Não é necessário

6.9 Elaboração do Plano Operativo

A partir da análise da viabilidade do projeto de intervenção, o plano operativo (Quadro 7) foi desenvolvido para orientar no planejamento da intervenção do problema alto índice de grávidas de alto risco.

Quadro 7: Plano operativo para plano de intervenção do problema alto índice de grávidas de alto risco

Operações	Resultados	Pro Endemias e epidemias adultos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
+Saúde Modificar hábitos de vida	Diminuir o número de pacientes com fatores de riscos preconceptionais.	Campanha educativa na rádio local Programação de palestras educativas para grupo de mulheres de 15 até 49 anos		Carine de Oliveira Morato Graciela Morales	Três meses para o início das atividades.
Saber+ Melhorar o nível de informação da população da faixa etária de 15 até 49 anos sobre o risco preconceptional.	População mais informada sobre os fatores de riscos preconceptionais e planejamento familiar.	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos preconceptionais. Campanha educativa na rádio local. Programa de saúde na mulher Capacitação dos ACS		Carine de Oliveira Morato Graciela Morales	Início em quatro meses e termino em seis meses. Início em três meses e termino em dozes meses. Início em seis meses e avaliar cada semestre. Início em dois meses e termino em três meses.
Cuidar melhor	Adequação de oferta de consultas à demanda, de exames e medicamentos definidos nos protocolos, considerando a meta de 80% de cobertura.	Equipamento da rede; contratação de compra de exames e consultas especializada e medicamentos.	Apresentar projeto de estruturação da rede	Coordenador de ABS e Carine de Oliveira Morato	Quatro meses para apresentar o projeto e oito meses para aprovação e liberação dos recursos; e quatro meses para a compra dos equipamentos.
Linha de cuidado	Cobertura de 100% da população feminina da faixa etária de 15 até 49 anos.	Linha de cuidado para risco preconceptional implantada Protocolos implantados Recursos humanos capacitados		Coordenador de UBS, Carine de Oliveira Morato Graciela Morales.	Início em três meses e finalização em dozes meses.

6.10 Gestão do Plano

A equipe devera totalmente envolvida para o sucesso do plano, não deixando de envolver paralelamente a comunidade, inclusive no seu acompanhamento e avaliação.

Durante e após da implantação do plano, deve-se avaliá-lo para identificar se ocorreu maior adesão, se a comunidade está procurando mais o serviço de atenção básica, no que se refere em saúde reprodutiva, sexual e conhecimento dos fatores de risco associados gravidez. Para isto serão elaborados instrumentos pela equipe, como planilhas com indicadores que facilitarão o processo de acompanhamento, indicando os possíveis reajustes no plano elaborado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez de risco é considerada um problema relevante de saúde pública, por estar diretamente relacionada com maior morbimortalidade materna e perinatal e incidência de parto pre termino e de baixo peso ao nascer. Daí a importância de estabelecer estratégias educativas que envolvam ativamente a equipe e os usuários.

A literatura consultada reforçou-se que o grupo é um instrumento valioso para se trabalhar o planejamento familiar com a comunidade, promovendo qualidade de vida, construindo conhecimento de quais são os principais fatores de risco na gravidez e como evita-los, além disso conheçam acerca de direito reprodutivo e planejamento familiar.

É importante o cuidado com qualidade destinado a saúde sexual e reprodutiva, incluindo a orientação sobre planejamento familiar, em especial as mulheres com fatores de risco reprodutivo. Este ganho relevância pelo impacto q exerce sobre o bem estar pessoal, familiar e sócio econômico de mulheres e homens, em virtude de possíveis gestações não planejadas e de alto risco.

Espera se com a implementação de esse plano de intervenção que a equipe de saúde da família seja capacitada e conscientizar a comunidade sobre a importância de prevenir a gravidez de alto risco por médio de planejamento familiar, reconhecendo sua real finalidade e melhorar o vínculo do profissional da saúde com as pacientes além de aplicar as medidas de educação em saúde que permitam um melhor conhecimento sobre os fatores de risco e esclareçam suas dúvidas

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, D.M.R; PEREIRA, N.L.; K.A.C, G. **Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer**: uma revisão sistemática da literatura. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. V.23, n.4, abril, p.747-56. 2007.
- AYRES *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões e tendências. 2. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 76p.
- BARRÓN, L.M.A; RODRIGUES, V.E. Violência intrafamiliar como factor de riesgo em mujeres embarazadas. **Desarrollo de La Enfermaria**. Espana. V.14, n.3, p.77-80, abr. 2006.
- BARUFFI, LM. **O cuidado cultural à mulher na gestação**. Passo Fundo: Ed. da UPF; 2004.
- BONADIO IC, Tsunechiro MA. A experiência vivenciada por mulheres grávidas no contexto de um serviço de pré-natal. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico metodológicas qualitativas: **a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.81-91.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em:
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. 3.ed. Brasília: MS, 2006. 160p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento familiar**. 2008. Disponível em:
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e reprodutiva**. Brasília: Ministério da saúde, 2010. 300p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, no. 26).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- CAMPOS, F. C. C. et al. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p.
- CAVALCANTE, A. L. R. C. PORTUGAL, F. F. A. **Perfil da saúde sexual e reprodutiva das mulheres em idade fértil na localidade de Logradouro - Cacimba de dentro – PB**. Joao Pessoa, 2002.
- DATASUS.2014.<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popmg.def>.
- FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Especialização em Saúde da Família. Nescon. UFMG. Programa Agora. Belo Horizonte,2010, 2ed: 72p.
- GOMES, R. *et al.* Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 9(4): 62-7. jul. 2001.
- MALDONADO MT. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**.14. ed. São Paulo: Saraiva; 1997.

MINELLA LS. **Gênero e contracepção**: uma perspectiva sociológica. Florianópolis: Editora da UFSC; 2005.

SANTOS, J. C. dos; FREITAS, P. M. de. **Planejamento Familiar na perspectiva do desenvolvimento**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n.3, p 1813-1820, 2011.

SAUTIER, M.; GOMES, M. da L. B. Gênero e Planejamento Familiar: uma abordagem ética sobre o compromisso profissional para a integração do homem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 64, n.3, p. 457-464,2011.

SILVA, V.W. **A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde e gestantes na assistência pré-natal**. São Paulo: Manole. 2002. 155p.

TEDESCO JJA. Gravidez de alto risco. Fatores psicossociais. In: Tedesco JJA. **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 29-41.

VASCONCELOS, M. et al. Práticas educativas em atenção básica à saúde. **Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: UFMG' - Nescon, 2009, 70p.

VICTORA CG. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2001; 4(1):3-69.

VIEIRA, R.J.S. **Câncer de mama e gravidez subsequente: um olhar sociocultural**. 2004.108f. (Tese de Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2004.

ZAMPIERI, M.F.M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.140-166, jan. 2001.