



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Maria Fernanda Araujo

Atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família
(ESF) no município Balneário Arroio do Silva - SC

Florianópolis, Março de 2016

Maria Fernanda Araujo

Atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família (ESF) no
município Balneário Arroio do Silva - SC

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: João Luiz Dornelles Bastos
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Maria Fernanda Araujo

Atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família (ESF) no
município Balneário Arroio do Silva - SC

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

João Luiz Dornelles Bastos
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

Trata-se trabalho de conclusão do curso de Especialização em Atenção Básica do Programa Mais Médicos para o Brasil, realizado entre 2015-2016 no município Balneário Arroio do Silva. Neste trabalho, elaborou-se o projeto de intervenção sobre a atenção pré-natal em uma das áreas correspondentes à Estratégia Saúde da Família, com base na Política Nacional de Saúde da Mulher, o Programa Nacional de Humanização do Parto e Puerpério e o Caderno de Atenção Básica 32: Pré-Natal de Baixo Risco, compreendendo sua importância para a organização da Estratégia Saúde da Família e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no município.

Palavras-chave: Cuidado Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Atenção Primária à Saúde

Sumário

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 | OBJETIVOS | 15 |
| 2.1 | Objetivo Geral | 15 |
| 2.2 | Objetivos Específicos | 15 |
| 3 | REVISÃO DA LITERATURA | 17 |
| 4 | METODOLOGIA | 23 |
| 5 | RESULTADOS ESPERADOS | 27 |
| | REFERÊNCIAS | 31 |

1 Introdução

O município Balneário Arroio do Silva localiza-se no sul do estado de Santa Catarina (SC), próximo à fronteira do Rio Grande do Sul. Inicialmente, foi habitado por indígenas carijós, que circulavam na região dos lagos, entre a serra e o mar do sul do Brasil. Os primeiros imigrantes chegaram no século XVIII, e se alojaram às margens de um pequeno arroio da região, originando seu nome. Esta se constituiu como rota de tropeiros e militares no triângulo formado entre Lages, Araranguá e Viamão. Na década de 1930, se estabeleceram as primeiras famílias da comunidade, que então pertencia ao município de Araranguá, constituindo parte de sua faixa litorânea. Balneário Arroio do Silva emancipou-se recentemente, no ano de 1997, quando se desmembrou do município de Araranguá. Por ser próximo a uma região litorânea e fronteira entre dois Estados, os 9.586 habitantes fixos possuem diversas origens, desde a região sul de SC, grande Porto Alegre e Serra Gaúcha. A maioria dos habitantes são idosos aposentados. É um município com imigração constante, pelo intenso fluxo sazonal de pessoas durante o verão, e por se constituir como residência temporária de pessoas que buscam oportunidades no litoral.

Dos 9.586 habitantes, 49,48% são homens, 50,52% são mulheres. Destes, 21% são menores de 15 anos, 68% possuem idade entre 15 e 65 anos, e 9,72% apresentam 65 anos ou mais. A maior parte da população (98%) vive na área urbana. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 5,81% eram analfabetos, 47,72% tinham o ensino fundamental completo, 32,73% possuíam o ensino médio completo e 9,90%, o superior completo. O município conta com 61% da população economicamente ativa ocupada. Em sua maioria, empregada nos serviços de administração do município, atividades ligadas ao turismo e à pesca, ou trabalham no frigorífico e plantações e fábrica de fumo dos municípios vizinhos. A renda per capita do município é R\$866,42, sendo 1,68% da população considerada extremamente pobres e 5,51% pobres. (DESENVOLVIMENTO; APLICADA; PINHEIRO, 2015) O município possui 431 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (BÁSICA, 2015).

O território conta com água proveniente de estação de tratamento somente na região do Centro da cidade. Nos demais bairros, o abastecimento é feito através de poços artesianos e água da chuva. A cidade não conta com central de tratamento de esgoto, sendo os dejetos recolhidos em fossa ou despejados no mar. Contudo, segundo o mapa de desenvolvimento humano da região, 96% dos domicílios conta com água encanada e banheiro, e 99% com energia elétrica. O município possui a estrutura de administração e serviços públicos recentes. Conta com 168 alunos em creche; 168 educandos na pré-escola, 1.158 no ensino fundamental. Conta também com uma escola municipal, além uma escola estadual. No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 86,41%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino

fundamental é de 89,72%. Em 2010, 92,18% da população de 6 a 17 anos do município estavam cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série (DESENVOLVIMENTO; APLICADA; PINHEIRO, 2015).

Além da praia, o município conta com diversos espaços de lazer, como a praça municipal, que é a referência de encontros e eventos públicos, duas praças (uma dirigida para a terceira idade), um campo de futebol, duas quadras poliesportivas fechadas. Ademais, promove torneios de sinuca, bocha, estilingue e futebol, organizados pelo município periodicamente. No período de veraneio, se organizam também programação especial de lazer no município. As avenidas largas são propícias para o ciclismo. Há também uma plataforma de pesca. O município apresenta igrejas católicas, diversos templos de culto evangélico, espíritas e umbandista. Possui funerária, contudo, não possui cemitério municipal. O município tem clube de mães organizados por comunidades, que desenvolvem atividades de lazer e artesanato. Em adição, com Associação de Pescadores, e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.

A Secretaria de Saúde do Município apresenta com duas unidades de saúde, uma unidade avançada (localizada na Praia da Caçamba) e uma em construção, com três equipes da Estratégia Saúde da Família credenciadas pelo SUS. Há matriciamento da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-SC), com profissionais psicólogos, fisioterapeuta e assistente social, alguns funcionários públicos municipais, outros admitidos por processo seletivo anual. Além disso, possui profissionais especialistas em ginecologia (1), pediatria (2), psiquiatria (1), infectologia (1) e ultrassom (1), estes admitidos por contrato. As demais especialidades e exames de alta complexidade são referenciadas através de processo de tratamento fora domicílio à capital do Estado, ou municípios vizinhos através de pactuação bipartite, ou na região, através de consórcio municipal da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense. Os casos de urgência e emergência são referenciados para o Hospital Regional de Araranguá. O município não tem serviço de saúde mental na rede, sendo os casos agudos e graves referenciados para os município de Criciúma. Não há laboratório municipal, sendo as análises realizadas através de terceirização de serviço, havendo uma cota mensal de exames para o município. O município apresenta convênio com Universidade do Extremo Sul Catarinense, sendo campo de trabalho desta universidade, além de campo de estágio do curso de fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Apesar de possuir três equipes de saúde da família cadastradas no Ministério da Saúde, o município trabalha através de atenção mista, com cobertura de 100% da Estratégia de Saúde da Família, contudo, não a tem efetivada. A população em questão é atendida na Unidade Básica de Saúde Central do Município, UBS Paulo Luppim, onde se centraliza a atenção à saúde do município e a estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde. A unidade de saúde dispõe de duas Equipes de Saúde da Família, dois médicos contratados pelo município, 5 enfermeiras, 6 técnicos de enfermagem, 21 agentes comuni-

tarias de saúde. A equipe referente à área do município abordada neste trabalho abrange 7 microáreas do município (15, 16, 17, 18, 19, 20, e 21), atua com uma enfermeira, dois médicos da estratégia, e 7 Agentes Comunitárias de Saúde (DAB, 2015).

A atenção à saúde é realizada através de consultas previamente agendadas ou demanda espontânea. Não há protocolo de acolhimento estabelecido, tampouco classificação de risco. A agenda é organizada pelos profissionais administrativos recepção da UBS, sendo 3 estagiários e um profissional concursado, a Coordenação de Atenção Básica e as enfermeiras da ESF (que atuam nas agendas de ambas áreas). A coordenação da equipe de ESF é realizada pela enfermeira, que se reúne com os ACS e organiza os trabalhos de grupo. A técnicas de enfermagem realizam trabalhos diversos na UBS (triagem, sala de vacina, testes), não relacionados com suas áreas correspondentes. O trabalho médico consiste em consultas e visitas domiciliares, realizando trabalhos de grupo esporadicamente.

A área 21 corresponde à “Praia da Caçamba”, há cerca de dez quilômetros da cidade, onde está localizado posto avançado com uma técnica de enfermagem e visita de enfermeira da área e um médico (não necessariamente correspondente à área duas vezes na semana). As visitas domiciliares são realizadas pela equipe de ESF correspondente à área. Não se realizam reuniões de equipe, sendo que os profissionais se reúnem esporadicamente para tratar de problemas pontuais. Não se realiza planejamento estratégico. As atividades de promoção de saúde são realizadas pelo NASF, principalmente a equipe de fisioterapia, em convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina, com 2 grupos de atividades físicas semanais e um grupo de ioga para gestantes. Há também atividades de promoção de saúde realizada pela Secretaria de Assistência Social, como grupos de terceira idade e grupos de mães do município.

Durante a realização deste trabalho, a equipe de ESF apresentou dificuldades em sua manutenção, por licença para tratamento de saúde da enfermeira da equipe e sua posterior demissão, contratação por tempo determinado de novo profissional, demissão de uma Agente Comunitária de Saúde, e demissão de três profissionais médicos da UBS. O município não conta com e-SUS, tampouco com sistema de adscrição de clientela, registro de informações e de prontuários bem estabelecido. Há um grande fluxo de população sazonal (a população ao longo do ano varia de nove mil a cinquenta mil habitantes), há um grande fluxo de população migrante ao longo do ano, bem como da população dos municípios vizinhos com moradia de veraneio que acodem em busca da agilidade dos serviços de saúde. Sendo assim, estabelecido que a adscrição se realiza após três meses de residência no município, e realizada exclusivamente pelos Agentes Comunitários de Saúde. Além disso, os pacientes da microarea 21 ou de outra UBS que consultam na UBS Paulo Luppim apresentam prontuários em duas unidades de saúde.

A Equipe ESF acompanha as microareas 15, 16, 17, 18, 19, 20, sendo a microárea 21 acompanhada com rotatividade médica e sem relatório de acompanhamento para esus mais médicos. A Equipe de saúde da família acompanha ao total 3.974 pessoas. Há 2.586

peessoas de 15 ou mais anos, sendo 1495 mulheres de 10 a 59 anos. São acompanhados 92 crianças menores de 2 anos. Não há todavia dados sobre a quantidade total de homens, mulheres e de idosos. Há cerca de 566 hipertensos no território, sendo a prevalência desta comorbidade na área de saúde de 14,2%. Há cerca de 230 pacientes com de diabetes mellitus, com prevalência de 5% da população da área de saúde.

A equipe realiza o acompanhamento e cuidado destes pacientes através de consulta individual, através de demanda espontânea gerada por intercorrências. Todos os pacientes com uso contínuo de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes que há um ano não realiza controle são citados para consulta médica. Implantou-se, há seis meses, grupos de HIPERDIA, com um encontro mensal por bairro, dirigido pela enfermeira da equipe, no qual se afere tensão arterial, glicemia capilar e se realiza palestra sobre temas específicos (como uso de medicamentos, dietas), através do método da educação popular. Contudo, o trabalho foi interrompido por problemas de recursos humanos já exposto. O acompanhamento de pacientes com tuberculose e Hanseníase é realizado pela equipe de Vigilância Epidemiológica e Infectologia do município.

Segundo os dados de atendimentos por grupos de comorbidades, de acordo com o controle determinado pelo Programa Mais Médicos, os maiores motivos de atendimento individual nos últimos seis meses são:

1. Hipertensão Arterial;
2. Saúde Mental;
3. Diabetes Mellitus;
4. Atendimento em álcool ou outras drogas;
5. Rastreamento de câncer de colo de útero e mama.

A coleta de dados realizada não coincide com as principais queixas da população, sobre as quais não coletamos dados concretos, todavia. Estas, sob percepção pessoal, são: atualização de receitas (controle quadrimestral e anual de hipertensão e diabetes, e uso contínuo de medicamentos, como anti-depressivos e benzodiazepínicos), dores osteomioarticulares, depressão leve, insônia.

São acompanhadas pela equipe 33 crianças menores de um ano, 100% com cobertura vacinal em dia. As consultas de puericultura, em geral, são realizadas pela enfermeira da ESF e o pediatra, sendo o médico da estratégia responsável pelos casos de urgência. Não há óbitos infantis registrados de 2014 até esta data.

As principais causas de internações são doença cerebrovascular complicada, pneumonia adquirida na comunidade complicada, HIV, com pneumonia atípica associada. Houve três falecimentos nos últimos seis meses na área, por tétano, infarto agudo do miocárdio e coarctação da aorta.

Não há no município registros sobre atenção à saúde materna em 2014. Ao iniciar o trabalho no município, em agosto de 2015, constatou-se o acompanhamento de 26 gestantes pela equipe de ESF, sendo realizadas 6 consultas médicas de pré-natal pelo médico da

ESF. Diante da situação, fez-se busca ativa das gestantes na área da equipe, constatando-se 40 gestantes na área de saúde, sendo 15 pacientes de risco (somando-se risco de saúde e risco social). Ao acessar os prontuários das pacientes, constatou-se que as gestantes do município eram acompanhadas pelos diversos médicos da UBS, não havendo registro adequado de atenção pré-natal nos prontuários (muitas vezes sem registro algum), não havendo protocolo específico de atenção. Não foram constadas as rotinas das consultas e exames, tampouco os cuidados específicos dos pré-natais de alto risco ou sistemas de referência-contrareferência de cuidados. Assim, identificamos como os principais problemas da área de saúde: organização do trabalho da UBS e da ESF e necessidade de seu fortalecimento; controle pré-natal deficiente; grande proporção de atendimentos relacionados à saúde mental. Foi estabelecido como problema a ser trabalhado em projeto de intervenção o controle pré-natal na ESF.

Este tema foi selecionado por sua transcendência: ao tratar-se da saúde do binômio mãe-filho, um pré-natal ineficiente pode expressar como consequências alto índice de parto pré-termo, cesáreas, violência obstétrica, complicações puerperais e neonatais, captação tardia do neonato e identificação tardia de doenças neonatais. Além disso, a organização da atenção pré-natal é competência da equipe de ESF, e parte fundamental da organização da ESF, podendo contribuir em sua efetivação e a organização do trabalho da UBS. Para os profissionais, resulta em melhores condições de trabalho. Para o município pode resultar em menores custos (pois identifica-se agravos precocemente, reduz o número de exames e consultas desnecessárias). Para as pacientes, este trabalho resulta importante quanto potencial que possui em garantir o direito à saúde materno-infantil, empoderar as mulheres da área, e a medida que se orienta o cuidado e define-se políticas de atenção específicas.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Efetivar atenção pré-natal da equipe de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde Paulo Luppim.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as gestantes da área de abrangência da equipe ESF.
- Estabelecer fluxo de atenção à saúde da gestante pela equipe ESF.
- Ampliar cobertura de atenção médica e de enfermagem a pelo menos 90% das gestantes de baixo risco.
- Identificar e ampliar cobertura de atenção médica e de enfermagem às gestantes de alto risco.
- Identificar gestantes de alto risco e referência par atenção especializada.
- Realizar, no mínimo, 5 consultas pré-natais pela equipe de ESF.
- Imunizar as gestantes, de acordo com calendário próprio de vacinação.
- Realizar testes de programa de ITS nas gestantes.

3 Revisão da Literatura

Para que a Atenção Básica possa cumprir seu papel no Sistema Único de Saúde, é importante que a população reconheça que essas estão próximas a seu domicílio e podem resolver grande parte de suas necessidades. Para tanto, gestores e trabalhadores possuem a tarefa de organizar os serviços de modo que eles sejam, de fato, acessíveis e resolutivos às necessidades da população.

A atenção pré-natal é um dos critérios de eficácia e relevância utilizados como medida de avaliação na gestão municipal da atenção básica (CATARINA; SAÚDE; BÁSICA, 2016). Dentre os serviços oferecidos, o acompanhamento pré-natal é de fundamental importância, pois assegura a saúde materna e garante o potencial de crescimento e desenvolvimento do feto, resultando no nascimento de uma criança saudável. Ademais, possibilita atenção à saúde da mulher em momento de grande transformação individual e familiar, propiciando oportunidade de atenção à saúde no contexto familiar.

As complicações obstétricas são a principal causa de hospitalização de mulheres em idade reprodutiva, excluindo as internações por parto não complicado (GAIO, 2013, p. 386). Apesar de revisões sistemáticas não terem encontrado evidências conclusivas sobre a eficácia do acompanhamento pré-natal para prevenir as principais causas de mortalidade materna, algumas intervenções nesse período (como o tratamento da hipertensão gestacional, pré-eclampsia, infecções intercorrentes e infecções sexualmente transmissíveis) podem melhorar o prognóstico materno e perinatal Gaio (2013, p. 386).

O acesso ao acompanhamento pré-natal vem aumentando no Brasil. A proporção de gestantes com sete ou mais consultas pré-natais aumentou de 44% para 56% em 2007, assim como a proporção de mulheres que iniciaram o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre (de 66% em 1996 para 84,1% em 2006) Gaio (2013, p. 386). Contudo, considera-se que o desafio assistencial é melhorar a qualidade da atenção à saúde da gestante, com implementação de estratégias efetivas, com roteiro mínimo estendido a todas as gestantes Gaio (2013, p. 387).

Para o presente trabalho, consideramos como documentos norteadores para tais estratégias a Política Nacional de Saúde da Mulher (2011) (ESTRATÉGICAS., 2011), e os principais manuais do Ministério da Saúde para efetivação dessa: “Pré natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada” (2005) (MULHER, 2005) e “Caderno de Atenção Básica 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco” (2012) (BÁSICA, 2012). Considera-se esses como referência, pois se tratam de manuais de abrangência nacional, que definem diretrizes mínimas a serem aplicadas no âmbito da atenção básica no SUS na Estratégia Saúde da Família, de atualização mais recente.

A Política Nacional de Saúde da Mulher foi estabelecida em 2011, a partir de dados estatísticos referentes à atenção à saúde da mulher entre 2004 e 2007. Concluiu-se que,

desde a implantação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIH), uma tendência de aumento do número de consultas de pré-natal (em 1995, foram registradas 1,2 consultas de pré-natal para cada parto realizado no SUS, enquanto em dezembro de 2002, essa razão era de 4,4). Contudo, verificou-se que a qualidade dessa assistência era precária, indicada pela alta incidência de sífilis congênita, pelo fato de a hipertensão arterial ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil, e a baixa cobertura vacinal da segunda dose, da dose de reforço ou da dose imunizante da vacina antitetânica nas gestantes inscritas no Programa Nacional de Humanização do Parto e Puerpério (PHPN) [Estratégicas](#). (2011, p. 28-29).

Além disso, os indicadores do SISPRENATAL (2002) demonstraram que somente 4,07% das gestantes inscritas no PHPN realizaram o elenco mínimo de ações preconizadas pelo programa e que somente 9,43% realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. É importante destacar que o SISPRENATAL é o sistema on line que permite cadastrar a gestante e monitorar e avaliar o acompanhamento pré-natal e ao puerpério prestados nacionalmente pelos serviços de saúde. Assim, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, em 2011, estabeleceu a necessidade de definição da estrutura e organização da rede assistencial, que possibilitasse a melhoria do grau de resolatividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada; captação precoce e busca ativa das usuárias; disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança da usuária; acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade.

Assim, foi definido como objetivo específico da política promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, tendo como estratégias “construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; – qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios; organizar a rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência; garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes” ([ESTRATÉGICAS.](#), 2011, p. 72). Nesse contexto, foi instituída a Rede Cegonha, “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.” Para o presente trabalho, é importante destacar que alguns princípios da Rede Cegonha são: organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde; acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção; e gestante não peregrina e realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno ([ESTRATÉGICAS.](#), 2011).

Para orientar e qualificar o cuidado à gestante, o Ministério da Saúde elaborou o “Caderno de Atenção Básica 32: Pré-Natal de Baixo Risco”, abordando a organização do

processo de trabalho do serviço de saúde, além de questões relacionadas ao acompanhamento da gravidez de risco habitual e de suas possíveis intercorrências. Esse documento define a Unidade Básica de Saúde como porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para acolher suas necessidades, proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, coordenando seu cuidado integral, articulando o cuidado com outros pontos de atenção. Assim, o documento estabelece que “para cada localidade, deve ser desenhado o fluxo que as usuárias podem percorrer no sistema de saúde, a fim de lhes proporcionar uma assistência integral”, de acordo as características locais da rede (BÁSICA, 2012).

O referido Caderno também estabelece condições básicas para atenção pré-natal na unidade de saúde, entre elas:

- Assegurar minimamente 6 (seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento;
- Identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal início se dê ainda no 1º trimestre da gravidez;
- Acolhimento imediato e garantia de atendimento à totalidade das gestantes e puérperas que procurarem a unidade de saúde;
- Realização do cadastro da gestante, após confirmada a gravidez, por intermédio do preenchimento da ficha de cadastramento do SisPreNatal ou diretamente no sistema para os serviços de saúde informatizados, fornecendo e preenchendo o Cartão da Gestante;
- Classificação do risco gestacional (em toda consulta) e encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica;
- Acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, para assegurar seu seguimento durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos (mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana; semanalmente, no termo).
- Toda gestante com 41 semanas deve ser encaminhada para a avaliação do bem-estar fetal;
- Imunização antitetânica e para hepatite B;
- Oferta de sulfato ferroso e ácido fólico;
- Diagnóstico e prevenção do câncer de colo de útero e de mama;
- Avaliação do estado nutricional e acompanhamento do ganho de peso no decorrer da gestação;
- Busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e à consulta na primeira semana após o parto;
- Atendimento às intercorrências obstétricas e neonatais, assim como controle de doenças crônicas e profilaxia de doenças infecciosas;
- Registro das informações em prontuário, no Cartão da Gestante e no SISPRENATAL, inclusive com preenchimento da Ficha Perinatal. (Básica (2012, p. 40-42).

Esse Caderno também estabelece que a assistência pré-natal deve ser avaliada permanentemente, subsidiando mudanças nas estratégias de ação e organização do serviço de saúde. A avaliação deve ser feita segundo indicadores pré-estabelecidos de processo, impacto e resultados, construídos a partir dos dados registrados na ficha perinatal, no Cartão da Gestante, nos Mapas de Registro Diário da unidade de saúde, nos relatórios obtidos por intermédio do SisPreNatal e no processo de referência e contrarreferência [Básica \(2012, p. 42\)](#).

Não há parâmetros bem definidos para avaliar uma boa atenção pré-natal. A maior parte dos estudos realizados baseia-se na quantidade de consultas pré-natais e sua relação com a morbidade e mortalidade materna e perinatal. Em revisão realizada em julho de 2015 por Cochrane, quanto à redução do número de consultas pré-natais, constatou-se que este procedimento diminui os custos do cuidado. Em países desenvolvidos (nos quais o número de consultas é, em média, de doze), quando estas foram reduzidas para oito, não constatou-se mudanças significativas na morbi-mortalidade. Contudo, em países de média e baixa renda, em que a média de consultas foi reduzida a cinco, aumentou-se o número de mortalidade perinatal ([T. et al., 2015](#)).

Em estudo realizado por Cochrane em dezembro de 2015, a instituição avaliou a relação entre mortalidade perinatal e materna em mulheres que receberam pré-natal com intervenções baseadas em saúde coletiva (campanhas de mídia, educação sobre auto e cuidados com o bebê ou incentivos financeiros para as mulheres grávidas para participar de cuidados pré-natais) e as intervenções dos sistemas de saúde (visitas domiciliares para mulheres grávidas ou a prestação de equipamentos para clínicas). O estudo constatou que intervenções simples podem melhorar a cobertura de cuidados pré-natais e encorajar as mulheres a dar à luz seus bebês nas unidades de saúde. Intervenções combinadas também podem melhorar os cuidados pré-natais cobertura (pelo menos uma visita), reduzir mortes de bebês e reduzir o número de bebês nascidos com baixo peso ao nascer ([L. et al., 2016](#)).

No Brasil, os estudos sobre o tema são escassos e limitam-se a avaliar número de consultas e qualidade do parto realizado ([SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001](#)). Os principais problemas apontados nos estudos publicados referem-se ao não-cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais, ao não-preenchimento de registros e à constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades. Constatou-se que havia desigualdades nos cuidados oferecidos às gestantes. As de maior risco gestacional apresentaram maior proporção de pré-natal classificado como inadequado ou intermediário (25%). Aquelas que não receberam nenhum atendimento antes do parto eram mais pobres, adolescentes ou com idade acima de 40 anos. Verificou-se, também, problemas como: falta de medicamentos; carência de uma visão coletiva no planejamento das ações de saúde do serviço, o que pode interferir na execução das normatizações; insuficiência da contra-referência, limitando o acompanhamento dessas pacientes pela unidade de saúde e favorecendo o abandono ([SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001](#)).

Em 2007, foi realizado por Piccini et al. estudo que avalia a atenção pré-natal e puericultura em Unidades Básicas de Saúde do Nordeste e Sul do Brasil. O estudo foi realizado antes da implantação da Rede Cegonha. Trata de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete Estados brasileiros agregando dados de regiões diversas, Unidades de Saúde com diferentes modelos de atenção e diferentes perfis econômicos de pacientes; sendo uma avaliação da implantação da Atenção Básica nesses municípios e a efetividade do pré-natal nesse processo.(PICCINI et al., 2007). Segundo o estudo, a oferta de pré-natal como ação programática foi uma prática universal nas unidades PSF, tanto no Sul quanto no Nordeste, sendo que protocolo de pré-natal havia sido adotado por dois terços ou mais das equipes. Contudo, a cobertura do programa pelas UBS alcançou 40% das mulheres. Quando se avalia o número mínimo de contatos sugeridos em programas oficiais, a cobertura de quatro ou mais consultas no pré-natal alcançou 31% mulheres. Definindo como critério a realização de 6 ou mais consultas de pré-natal, a cobertura não ultrapassou um quarto da amostra. Observou-se, igualmente, uma perda progressiva de efetividade, desde a organização da oferta de ações individuais e coletivas, passando pela capacitação dos profissionais e uso de protocolos, até as coberturas populacionais dos programas. Assim como Silveira e coautores, os autores referem a falta de uma avaliação qualificada do conteúdo das ações de pré-natal e puericultura como um dos problemas.(PICCINI et al., 2007).

Saavedra et al., em estudo realizado a partir do trabalho de Silveira et al., aplicaram questionário-padrão sobre o pré-natal, após o parto a todas as mães que tiveram filho nas duas maternidades de um município do sul do Brasil.(SAAVEDRA; CESAR, 2015). Coletaram-se dados socioeconômicos das parturientes, relacionando-os à utilização de serviços de saúde (número de consultas realizadas e período de início do pré-natal, local de realização da maioria destas consultas e frequência de realização de exame de sangue, de urina e sorologia para sífilis), presença de morbidade materna auto-referida e tempo de duração da gestação. A partir dos parâmetros de totalidade de consulta, exames e tempo de gestação estabelecidos, concluiu-se que, pelo menos, um quarto das gestantes realizou pré-natal inadequado, sendo sua prevalência maior entre mães mais pobres: as mães que não vivem com companheiro, que possuem baixa escolaridade e renda familiar, com maior número de moradores e menor disponibilidade de bens no domicílio (SAAVEDRA; CESAR, 2015).

Os autores destacam que “estudos conduzidos em diversas outras localidades brasileiras mostram que a oferta de serviço melhora a cobertura, mas ao não considerar eventuais iniquidades de acesso, aumenta a disparidade entre ricos e pobres, compromete o custo-efetividade das intervenções e, por conseguinte, tendo baixo impacto sobre os índices de morbimortalidade materno-infantil” (SAAVEDRA; CESAR, 2015). Ressaltam, ainda, que há a necessidade de critérios mais robustos para avaliar a atenção pré-natal, uma vez que novos cuidados passaram a ser obrigatórios recentemente como, por exemplo, a

realização do anti-HIV, sorologia para hepatite B e toxoplasmose. Além disso, há a necessidade de criar critérios que avalie a qualidade do exame clínico oferecido nas consultas (SAAVEDRA; CESAR, 2015).

Martinell et al., em seu estudo sobre o pré-natal num município do sudeste brasileiro, incluem esses parâmetros de avaliação. Em sua pesquisa, avaliam a adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. Concluem, assim como os demais estudos citados, que a assistência pré-natal no SUS mostrou-se inadequada, principalmente para as mulheres de menor renda, e residentes na zona rural. (MARTINELLI et al., 2014) Os autores verificam que, apesar de captação precoce e o número de visitas terem melhorado ao longo do tempo, a qualidade das consultas ainda não vem revelando bons resultados, pois os índices para a adequação do PHPN são baixos, principalmente quando se incluem os exames de repetição, a imunização antitetânica e o recebimento de atividades educativas sobre o aleitamento materno. Evidencia-se que as equipes de saúde podem não estar preparadas para implementar ações de divulgação dos programas de pré-natal, identificar prioridades, buscar as usuárias faltosas e, principalmente, para interagir como equipe multidisciplinar. (MARTINELLI et al., 2014) Contudo, os autores destacam que Estratégia Saúde da Família mostra um grande potencial desse modelo na melhora da qualidade dos serviços públicos de saúde, uma vez que apresentou melhores resultados de cuidado em relação às unidades básicas de saúde de modelo tradicional. (MARTINELLI et al., 2014)

Em resumo, é possível afirmar que a atenção pré-natal adequada proporciona melhores perspectivas em relação à saúde materna e infantil. Contudo, ainda é necessário efetivar as políticas públicas de saúde definidas para este grupo, de forma a garantir a qualidade da assistência à saúde materna, desde uma perspectiva humanizada e emancipadora. A Estratégia Saúde da Família, no contexto da Atenção Primária como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, mostra-se com grande potencial de intervenção neste problema, uma vez que possibilita a implementação de protocolos a nível local de saúde, possibilitando qualificar a atenção de acordo à realidade da população, e humanizá-la através de seu vínculo com a comunidade.

4 Metodologia

O projeto de intervenção será realizado na Unidade Básica de Saúde Paulo Luppim, tendo como público-alvo as gestantes das microáreas 15,16,17,18,19,20 e 21. O projeto será realizado em três etapas, com apoio da equipe da Divisão de Vigilância Epidemiológica e Coordenação da Atenção Básica, conforme segue:

Etapa 1: Realizar busca ativa das gestantes das microáreas.

Esta etapa será realizada ao longo de 15 dias. A partir de reunião da Equipe de Saúde da Família das microáreas correspondentes, em que será orientado às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) como realizar busca ativa das gestantes e coleta de dados (nome, endereço, telefone, coleta de ficha perinatal ou cópia de cartão da gestante e identificação de situações de risco: idades extremas, comorbidades associadas).

Etapa 2: Identificação das Gestantes e estabelecimento de plano de trabalho

Esta etapa será realizada em um dia, através de reunião de Equipe de Saúde da Família, para identificar as gestantes por microáreas, idade gestacional, e situações de risco gestacional ou vulnerabilidade. Além disso, será estabelecido calendário de atenção médica e de enfermagem por parte da equipe, em dois dias de trabalho, para realização das ações. As gestantes serão informadas sobre a consulta através das ACS, em 15 dias.

Etapa 3: Consulta médica e de enfermagem.

Será realizada em dois dias atenção às gestantes, com consulta médica e de enfermagem em conjunto. De acordo com as informações coletadas em etapa anterior, no primeiro dia serão realizadas consultas com as gestantes consideradas de risco gestacional ou vulnerabilidade social. No dia seguinte, as gestantes inicialmente consideradas de baixo risco serão atendidas. Durante a consulta se realizará:

- Acolhimento da gestante e orientação atenção à sua saúde no contexto da estratégia saúde da família;
- Preenchimento da Ficha de Cadastro no SISPRENATAL;
- Preenchimento de carteira de gestante (ou entrega desta, quando não houver);
- Consulta médica, com exame físico, identificação de idade gestacional, data de parto e comorbidades, com tratamento se necessário.
- Confirmação ou identificação de situação de risco gestacional e providências (início de tratamento conforme o caso ou marcar consulta com ginecologia obstetricia);
- Confirmação ou identificação de risco social e providências (encaminhamento ao Assistente Social do Núcleo de Apoio à Saúde da Família);
- Identificação da situação vacinal da gestante, realizar vacinação se esta estiver incompleta e orientar;
- Identificação da situação de atenção médica laboratorial, conforme protocolo do ministério da saúde, com atenção especial a testes de ITS;

Tabela 1 – Planilha Operacional - Etapas 1 e 2

| Problema: | | Efetivação da Atenção Pré-natal na Estratégia Saúde da Família | | | |
|------------|--|---|---|------------|---|
| Objetivos: | | Efetivar a atenção pré-natal de acordo com a estratégia saúde da família. | | | |
| Ação | Respon-sável | Equipe de apoio | Prazo | Re-cur-sos | |
| Etapa 1 | Realizar busca ativa das gestantes das microáreas. | Realizar busca ativa de gestantes | Enfermeira, ACS | - 15 dias | Papeis, caneta, prancheta, cópia do cartão da gestante. |
| Etapa 2 | Identificação das Gestantes e estabelecimento de plano de trabalho | Reunião de equipe para definir atenção | ACS, médico, enfermeira, Coordenação da Atenção Básica, Vigilância e epidemiológica, Obstetra | - 15 dias | Sala de reuniões |

- Agendamento consulta de retorno com a Equipe de Estratégia Saúde da Família, e início do cuidado longitudinal pela equipe.

Segue nas Tabelas 1, 2 e 3 o resumo das ações a serem realizadas, responsáveis, prazos e materiais a utilizar.

Tabela 2 – Planilha Operacional - Etapa3

| | | | | | | |
|---------|---|--|--|-------------------------------|---------|---|
| Etapa 3 | Realizar cobertura de atenção médica e de enfermagem a pelo menos 90% das gestantes de baixo risco | Consulta médica e de enfermagem e definir risco gestacional e cadastrar no SISPRENATAL | Médico e enfermeira | - | 15 dias | Agenda, caneta, papel, cartão da gestante, computador, internet, consultório, fita métrica, estetoscópio, luvas, monitor fetal. |
| | Informar data de consulta | | ACS | - | 15 dias | Cartão da gestante |
| | Identificar e realizar 100% de cobertura de atenção médica e de enfermagem às gestantes de alto risco | Consulta médica e de enfermagem, definir risco gestacional e cadastrar no SISPRENATAL | Médico e enfermeira | - | 15 dias | Agenda, caneta, papel, cartão da gestante, computador, internet, consultório, fita métrica, estetoscópio, luvas, monitor fetal. |
| | Informar data de consulta | | ACS | - | 15 dias | Bicicleta |
| | Agendar consulta com obstetra | | Coordenação da Atenção Básica e enfermeira | Coordenação da Atenção Básica | 30 dias | Agenda |
| | Assistencia social a gestantes de risco social | | Enfermeira, médico, ACS | Assistente Social | 30 dias | Agenda |

Tabela 3 – Planilha Operacional - Etapa3 - continuação

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|---|
| Con- ti- nu- a- ção Etapa 3 | Imuni- zar 90% das ges- tantes, de acordo com ca- lendário próprio de vaci- nação; | Identificar situação vacinal das gestantes e realizar vacinação. | Médico e enfer- meira | Vigi- lância Epi- de- mioló- gica | 20 dias | Cartão da gestante Máximo de 40 doses de vacinas Hepatite B, Influenza e dtpa. |
| - Realizar testes de programa de ITS em 90% das gestantes; | | Identificar situação exames das gestantes e tomar pro- vidências | Médico, enfer- meira, Coorde- nação da Atenção Básica, Vigilân- cia e pidemio- lógica | Vigi- lância Epi- de- mioló- gica, Coor- dena- ção da Aten- ção Bá- sica. | 20 dias | Cartão da gestante Máximo de 40 testes rápidos de ITS. |
| - Realizar, no mínimo, 5 consultas pré-natais pela equipe de estratégia de saúde da família. | | Identificar idade gestacional, situação de saúde da gestante e agendar consultas de acordo com o programa | Enfer- magem, Médico, ACS | Coor- dena- ção da Aten- ção Básica | Má- ximo 40 se- ma- nas | Agenda, caneta, papel, cartão da gestante, computador, internet, consultório, fita métrica, estetoscópio, luvas, exames de baixa complexidade, de acordo com necessidade e idade gestacional (a verificar exames obrigatório do programa pendentes) |

5 Resultados Esperados

Os resultados esperados são:

- Identificar 100% das gestantes da área de abrangência da equipe;
- Realizar consulta médica e de enfermagem em 80% das gestantes citadas à consulta;
- Das gestantes atendidas, fornecer cartão da gestante e atualizar cadastro SISPRE-NATAL destas;
- Referenciar 100% das gestantes de alto risco à consulta de obstetrícia;
- Identificar gestantes com imunização e testes de ITS não realizados e garantir cobertura de 100% das gestantes que comparecer à consulta; e
- Acompanhar gestantes garantindo no mínimo 5 consultas pré-natais pela Estratégia Saúde da Família.

Segue nas Tabelas 4 e 5 o resumo dos resultados esperados.

É importante salientar que, durante a execução desse trabalho, iniciou-se processo de estruturação de protocolos de atenção municipal. Desde outubro de 2015, foi definido o cuidado pré-natal às gestantes pelo médico da Estratégia de Saúde da Família, por área de saúde. Além disso, realizam-se quinzenalmente reuniões da equipe médica e a Coordenação de Atenção Básica, estabelecendo protocolos de atenção com base nos protocolos definidos pelos Cadernos de Atenção Básica. Foi definido o protocolo de atenção à gestante, ainda a ser apresentado ao Conselho Municipal de Saúde.

Tabela 4 – Resultados Esperados

| | | | |
|---|--|--|--|
| Problema: | Efetivação da Atenção Pré-natal na Estratégia Saúde da Família | | |
| Objetivos: | Efetivar a atenção pré-natal de acordo com a estratégia saúde da família. | | |
| | Ação | Indicador | Ava- Finali- li- dade a- ção |
| Identificar 100% das gestantes da área de abrangência da equipe | Realizar busca ativa de gestantes | Quantidade de gestantes identificadas (100%) | Bom Investiga- ção (conhe- cei- mento) |
| | Reunião de equipe para definir atenção | Qualidade da reunião realizada, conforme avaliação dos participantes | Bom Avalia- ção para deci- são% |
| Realizar cobertura de atenção médica e de enfermagem a pelo menos 80% das gestantes de baixo risco | Consulta médica e de enfermagem e definir risco gestacional e cadastrar no SISPRENATAL | Quantidade de gestantes atendidas em consulta | Bom Avalia- ção para gestão |
| Identificar e realizar 100% de cobertura de atenção médica e de enfermagem às gestantes de alto risco | Consulta médica e de enfermagem, definir risco gestacional e cadastrar no SISPRENATAL | Quantidade de gestantes atendidas em consulta | Bom Conhe- ci- mento e ge- rência |
| | Informar data de consulta | Quantidade de gestantes que compareceram a consulta posterior | Bom Gerên- cia |
| | Agendar consulta com obstetra | Quantidade de gestantes que compareceram à consulta | Re- Gerên- gu- cia lar |
| | Assistencia social a gestantes de risco social | Quantidade de gestantes que foram atendidas por assistencia social | Re- Gerên- gu- cia lar |

Tabela 5 – Resultados Esperados - continuação

| | | | |
|--|---|--|---------------------------------|
| Imunizar gestantes, de acordo com calendário próprio de vacinação; | Identificar situação vacinal das gestantes e realizar vacinação. | Quantidade de gestantes que atualizaram vacinação | Bom Conhecimento e Gerência |
| - Realizar testes de programa de ITS em gestantes; | Identificar situação exames das gestantes e tomar providências | Quantidade de gestantes que não haviam realizado exames de ITS e atualizaram exames conforme protocolo | Bom Conhecimento e Gerência |
| - Realizar, no mínimo, 5 consultas pré-natais pela equipe de estratégia de saúde da família. | Identificar idade gestacional, situação de saúde da gestante e agendar consultas de acordo com o programa | Frequencia de gestantes em consultas de acompanhamento | Regular Conhecimento e Gerência |

Referências

- BÁSICA, B. M. da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Citado 3 vezes nas páginas 17, 19 e 20.
- BÁSICA, B. M. da Saúde/Departamento de A. *Nota Técnica: Informações sobre ações e programas do DAB Município Balneário Arroio do Silva*. Brasília: MS, 2015. Citado na página 9.
- CATARINA, E. de S.; SAÚDE, S. de Estado da; BÁSICA, D. de A. *Indicadores e medidas utilizados na avaliação da gestão municipal de atenção básica: ano 2015*. 2016. Disponível em: <<http://portalses.saude.sc.gov.br>>. Acesso em: 19 Jan. 2016. Citado na página 17.
- DAB, D. de A. B. *Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal maio 2015*. 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 14 Jul. 2015. Citado na página 11.
- DESENVOLVIMENTO, P. das Nações Unidas para o; APLICADA, I. de P. E.; PINHEIRO, F. J. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil: Município balneário arroio do silva*. 2015. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/balneario-arroio-do-silva_sc>. Acesso em: 10 Jul. 2015. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 10.
- ESTRATÉGICAS., B. M. da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. P. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- GAIO, D. S. M. Acompanhamento de saúde da gestante e da puérpera. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMITD, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Ed.). *Medicina Ambulatorial: Condutas da Atenção Primária Baseada em Evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 386–401. Citado na página 17.
- L., M. et al. *Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes (Review)*. 2016. The Cochrane Library. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010994.pub2/pdf/abstract>>. Acesso em: 19 Jan. 2016. Citado na página 20.
- MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do programa de humanização do pré-natal e nascimento e rede cegonha. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetria*, p. 56–64, 2014. Citado na página 22.
- MULHER, B. M. da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Citado na página 17.

PICCINI, R. X. et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do sul e do nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, p. 75–82, 2007. Citado na página 21.

SAAVEDRA, J. S.; CESAR, J. A. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, p. 1003–1014, 2015. Citado na página 21.

SILVEIRA, D. S. da; SANTOS, I. S. dos; COSTA, J. S. D. da. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cadernos de Saúde Pública*, p. 131–139, 2001. Citado na página 20.

T., D. et al. *Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy (Review)*. 2015. The Cochrane Library. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000934.pub3/pdf/abstract>>. Acesso em: 19 Jan. 2016. Citado na página 20.