



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

Karine Mayumi Bohn

Gestação de alto risco: estratégia de educação em
saúde promovida em uma Unidade Básica de Saúde de
Santo Antonio do Sudoeste-PR

Florianópolis, Março de 2016

Karine Mayumi Bohn

Gestação de alto risco: estratégia de educação em saúde promovida
em uma Unidade Básica de Saúde de Santo Antonio do
Sudoeste-PR

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: Paulo Vinícius Nascimento Fontanive
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Karine Mayumi Bohn

Gestação de alto risco: estratégia de educação em saúde promovida
em uma Unidade Básica de Saúde de Santo Antonio do
Sudoeste-PR

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

Paulo Vinícius Nascimento Fontanive
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

A proporção de gestações de alto risco é estatisticamente muito menor quando comparamos com o total de gestações de baixo risco. No entanto, esta classificação determinada por um conjunto de fatores de risco aumentam exponencialmente a possibilidade de ocorrência de agravos e danos à mãe e ao feto. Este projeto de intervenção tem como objetivo reduzir os desfechos desfavoráveis relacionados à morbimortalidade materna e perinatal através da promoção de saúde e prevenção de tais problemas, utilizando estratégias de saúde para gestantes em acompanhamento no ESF III do bairro Vila Nova, em Santo Antonio Sudoeste. Inicialmente foi criado um grupo de gestantes com encontros mensais na própria unidade de saúde, onde ocorriam também palestras educativas, sendo oferecidos café da manhã e brindes como reforço positivo, estimulando a participação das mulheres. As atividades de educação em saúde foram realizadas durante o ano de 2015 e contaram com a participação de equipe multiprofissional composta por Nutricionista, Fisioterapeuta, Odontóloga e Psicóloga. De acordo com os achados do estudo houve melhora nos índices de consultas de pré-natal, partos normais. No entanto, ainda é necessário captar as gestantes precocemente para iniciar o pré-natal, aumentar a proporção de gestantes com exames no trimestre adequado, garantir ao menos um ultrassom obstétrico por trimestre.

Palavras-chave: Gravidez de Alto Risco, Prevenção Primária, Cuidado Pré-Natal

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

O município onde trabalho apresenta um dos **piores perfis socioeconômicos** do Estado do Paraná. Santo Antonio do Sudoeste possui **20% ou mais de sua população vivendo em extrema pobreza** (dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome).

A área de abrangência da nossa unidade engloba uns dos **bolsões de pobreza da cidade** - bairro Vila Nova. Não possui infraestrutura sanitária adequada: esgoto a céu aberto, tratamento de água e coleta de lixo insuficientes, as vezes inexistente! Muitas construções feitas de materiais inapropriados, às vezes com restos de outras edificações. Algumas casas não têm nem piso, são de terra batida. Abrigam famílias numerosas, um cômodo para 5 ou mais integrantes. Famílias, muitas vezes, sem estruturação afetiva e emocional: mãe com inúmeros filhos de parceiros diversos, avós criando netos abandonados.

A maioria das pessoas são **dependentes de programas sociais** ou de **pensões** dos governos federal, estadual e municipal. Muitos sobrevivem exclusivamente destes auxílios governamentais. Uma pequena parcela trabalha em confecções, serviços gerais e limpeza. Em geral, apresentam **baixa escolaridade** - muitos não terminaram o ensino médio, há ainda grande proporção de **analfabetos** das mais variadas idades em pleno ano de 2015.

Recentemente houve **reestruturação das unidades**, as áreas de abrangência foram redefinidas. Por falta de pessoal e coleta de informações, **não há dados atualizados**. Estima-se que atendamos de 2500 a 3000 pessoas residentes no Brasil, fora os brasileiros que moram na Argentina. Não posso afirmar o número de diabéticos, hipertensos, crianças, adolescentes, idosos, mulheres! Trabalhamos às escuras, **sem ações planejadas**.

Os atendimentos são majoritariamente de **demanda espontânea**, portanto quadros agudos. As principais queixas são de dores osteomusculares, dor de cabeça, corrimento vaginal, dor de garganta, diarreia, vômito. O **cuidado programado** ou/e **continuado** é uma **raridade**, resumindo-se às consultas de **pré-natal** e **puericultura** que são numerosas. Destacam-se os casos mais prevalentes no dia a dia de funcionamento da unidade: distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - DORT, vulvovaginites, infecções de vias aéreas, gastroenterites, enxaqueca.

Como explicitado acima, há inúmeros aspectos socioeconômicos que afligem a população e que influenciam a situação de saúde da comunidade.

Santo Antonio do Sudoeste é uma cidade de fronteira, localizada no sudoeste do Paraná com divisas com Santa Catarina e Argentina. Há grande processo de migração de pessoas oriundas de outras localidades (inclusive de países vizinhos como Argentina e Paraguai) para cá. Muitas destas pessoas também em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Um problema na saúde importante é **número expressivo de gestações de risco**,

traduzido no grande volume de consultas de pré-natal, encaminhamentos e intercorrências hospitalares.

No início do ano, estavam em meus cuidados aproximadamente 25 gestantes, sendo que a média de gestações de risco eram de 5 a 7. Uma proporção de 20 a 30%. Desde a reestruturação dos ESFs, o número total de grávidas caiu por volta de 15, porém a proporção se mantém.

Alguns fatores de risco podem ser observados nos casos: mães jovens, multiparidade, doenças infectocontagiosas como sífilis. Sem esquecer do que já foi explicitado acima.

Gestações de risco necessitam de cuidados especiais e exames adicionais que resultam em elevados custos para saúde pública. Infelizmente, é muito prevalente ainda a morbimortalidade materna e perinatal, por causas facilmente passíveis de prevenção. Além dos custos, em caso de morte materna ou fetal ou de sequelas, as repercussões psicossociais são devastadoras.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Reduzir desfechos desfavoráveis relacionados à morbimortalidade materna e perinatal através de estratégias de educação em saúde (grupo de gestantes e palestras educativas).

2.2 Objetivos específicos

- Aumentar a adesão à terapêutica instituída;
- Ampliar o número de gestantes com 7 ou mais consultas;
- Aumentar a proporção de gestantes com exames dentro do trimestre adequado.

3 Revisão da Literatura

Gestação de risco pode ser assim classificada quando a gestante for portadora de alguma patologia e/ou desenvolver alguma doença ou sofrer algum agravo durante o ciclo gravídico, sendo então mais suscetível a desfechos desfavoráveis, assim como o feto. E também como aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada. Há inúmeros tipos de fatores implicadores de risco. É importante identificá-los. Marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação se dividem em - **1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:** Idade maior que 35 anos, Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos, Altura menor que 1,45m, Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC30), Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos, Situação conjugal insegura, Conitos familiares, Baixa escolaridade, Condições ambientais desfavoráveis, Dependência de drogas lícitas ou ilícitas, Hábitos de vida – fumo e álcool, Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse; **2. História reprodutiva anterior:** Abortamento habitual, Morte perinatal explicada e inexplicada, História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado, Parto pré-termo anterior; Esterilidade/infertilidade, Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos, Nuliparidade e grande multiparidade, Síndrome hemorrágica ou hipertensiva, Diabetes gestacional, Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores); **3. Condições clínicas preexistentes:** Hipertensão arterial, Cardiopatias, Pneumopatias, Nefropatias, Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias), Hemopatias, Epilepsia, Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local), Doenças autoimunes, Ginecopatias, Neoplasias. Outros grupos de fatores de risco se referem a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco - **1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos;** **2. 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 e eclâmpsia, Diabetes gestacional, Amniorrexe prematura, Hemorragias da gestação, Insuficiência istmo-cervical, Aloimunização, Óbito fetal; **3. Intercorrências clínicas:** Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.), Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias). (SAÚDE, 2012)

Há uma estratificação de risco que define gestantes de alto risco àquelas possuidoras dos seguintes fatores de risco divididos em: **1 - Condições clínicas existentes:** Hipertensão arterial, Dependência de drogas lícitas e ilícitas, Cardiopatias, Pneumopa-

tias, Nefropatias, Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias), Hemopatias, Epilepsia, Doenças infecciosas, Doenças autoimunes, Ginecopatias, Neoplasias, Obesidade mórbida, Cirurgia bariátrica, Psicose e depressão grave; **2 - Intercorrências clínicas:** Doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação atual (infecção de repetição do trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose, etc.), Doença hipertensiva específica da gestação, na gestação atual, Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação (cardiopatias, endocrinopatias), Retardo do crescimento intrauterino, Trabalho de parto prematuro, Placenta prévia, Amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas), Sangramento de origem uterina, Isoimunização Rh (Rh negativo), Má-formação fetal confirmada, Macrossomia do concepto com patologias. (PARANÁ, 2016a)

Hoje a Rede Cegonha é a estratégia do Ministério da Saúde para aprimoramento das políticas assistenciais e de cuidado para saúde materno-infantil, visando a capacitação das equipes em saúde e ampliando a rede de acesso às mulheres adultas, jovens e adolescentes para o planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, aborto, puerpério, e às crianças até 2 anos. Instituída, no âmbito do SUS através da Portaria N° 1.459, de 24 de junho de 2011 (SAÚDE; MINISTRO, 2016). No estado do Paraná, as diretrizes e protocolos estão no Programa Mãe Paranaense que propõe inúmeras ações para prevenção de agravos, cujo público-alvo são as mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade (PARANÁ, 2016b).

Embora historicamente no Brasil e no mundo, as taxas de mortalidade tanto materna quanto infantil estejam caindo, ainda permanecem em patamares elevados. Em 2015 morreram em torno de 303.000 mulheres vitimas de complicações da gestação ou do parto e 4,5 milhões de crianças abaixo de um ano no mundo (SAÚDE, 2016).

A qualidade da assistência e as iniquidades de acesso aos serviços de saúde podem ser mensuradas indiretamente através de indicadores de saúde como Taxa de Mortalidade Materna e Taxa de Mortalidade Infantil, pois são mais elevadas em países emergentes e subdesenvolvidos. (SAÚDE, 2008).

Razão de Mortalidade Materna (RMM) relaciona os óbitos resultantes de eventos ou complicações da gravidez, parto e puerpério (mortes maternas obstétricas até 42 dias após o parto) com o número de nascidos vivos (NV), em uma determinada área geográfica e período de tempo (um ano), devendo ser expressa por 100.000 nascidos vivos. Sendo o valor classificado como baixo o de 20 óbitos por 100000 crianças. Já a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é calculada através do número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Compreendendo a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias e mais). Sendo o número considerado baixo o de 20 óbitos por 1000 nascidos vivos. (UNICEF, 2016).

Conforme dados do site DATASUS, no ano 2000, no Brasil a RMM era de 71,3 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos; no Paraná de 68,5. No ano de 2011, eram de 64,8;

51,7, respectivamente. (SAÚDE; SUS, 2016b). No ano 2000, no Brasil a TMI foi de 26,1 óbitos por 1000 nascidos vivos, no Paraná de 19. Já em 2011, foram 15,3 óbitos e 11,8, respectivamente. (SAÚDE; SUS, 2016a) . Em Santo Antonio no ano de 2002 era de 12 óbitos por 1000 nascidos vivos e em 2008 com índice de 14,2 (SAÚDE, 2016).

O cuidado pré-natal compreende um conjunto de atividades no transcurso da gravidez que requerem tempo e outros investimentos tanto por parte da mulher, como de profissionais e de organizações que se dedicam à oferta desse cuidado. A atenção pré-natal é utilizada como um indicador de boa prática, assim como uma medida de qualidade de cuidados clínicos e de saúde pública.(SILVEIRA; SANTOS, 2004)

Gestantes de alto risco devem ser encaminhadas a serviços de níveis secundário ou terciário por apresentarem maior risco, sendo eventualmente necessária uma rede de amparo com equipe especializada e onde são disponibilizados procedimentos diagnósticos e terapêuticos mais complexos, exames complementares específicos. Não esquecendo, no entanto, que tais pacientes permanecem em atendimento na atenção primária. Um grande desafio é a adesão das pacientes ao programa de pré-natal, de suma importância para a redução da mortalidade materna e perinatal, pois, como já é sabido; aproximadamente 98% das mortes das mulheres por causas maternas são evitáveis com a implantação de ações relativamente simples (GONÇALVES et al., 2008).

4 Metodologia

O público-alvo deste trabalho de intervenção foram as gestantes pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde ESF III Vila Nova.

Inicialmente, foi criado o **Grupo de Gestantes** que previa **reuniões mensais** com membros da equipe nas próprias dependências da unidade, onde eram desenvolvidas **palestras** de caráter interdisciplinar. Após a fala do profissional, como forma de incentivo e para maior entrosamento, era oferecido café da manhã com frutas, sucos e chás (pago pela secretaria de saúde e preparado pela equipe) e eram sorteados alguns brindes às futuras mães como bolsas, roupas, banheira (produtos de doação de terceiros).

Foram realizados 4 encontros ao todo ao longo de julho a outubro do ano de 2015, nas últimas sextas-feiras de cada mês:

- A Odontóloga da equipe realizou a primeira palestra, cujos assuntos eram alterações fisiológicas da gestação, orientações para este período e cuidados com o bebê. Foram entregues a todos os participantes kits de higiene oral - escova e pasta dentais, fio dental. Foram usados notebook pessoal da Odontóloga, projetor da secretaria municipal da saúde.
- No segundo momento, esteve em pauta: dieta balanceada e adequada, alimentos importantes e quais evitar durante a gravidez, amamentação exclusiva até os 6 meses, temas ministrados pela nutricionista. Foi utilizado instrumento pedagógico - A Pirâmide Alimentar.
- A próxima atividade foi proposta pelo psicólogo, que consistia em uma dinâmica de grupo em que foram debatidos os anseios, desejos das mães. Foram usadas cartolinas, canetas marca-texto, tesoura, cola.
- Finalmente, a última explanação foi realizada pela fisioterapeuta, que orientou atividades leves, exercícios de alongamento, ensinou a técnica de massagem indiana Shantala para o bebê, tudo explicado em folhetos informativos que foram distribuídos no encontro.

Tabela 1 - Descritivo dos recursos utilizados em cada reunião do grupo de gestantes da ESF II - Vila Nova no ano de 2015.

Coleta de dados: Foram escolhidos 10 prontuários aleatórios de gestantes que fizeram pré-natal nos meses maio, junho, julho, agosto e 10 prontuários de gestantes que participaram do grupo. Sendo pesquisado o número de:

- pacientes com 7 ou mais consultas;
- gestantes que iniciaram pré natal no segundo ou terceiro trimestres;

RE- CUR- SOS	PRO- FISSIO- NAL	CUSTOS FINANCEIROS	EQUIPAMEN- TOS/INTRUMENTOS	DOAÇÕES
1º Reu- nião	Odonto- logista	35 reais (frutas)	Notebook, projetor	Kit de higiene bucal, roupa
2º Reu- nião	Nutricio- nista	35 reais (frutas)	Pirâmide Alimentar	Bolsa multiuso
3ºReu- nião	Psicó- logo	35 reais (frutas) 20 reais (materiais escolares)	Tesoura, cola, cartolinas, canetas	Banheira
4ºReu- nião	Fisio- rapeuta	35 reais (frutas) 4 reais (folha sulfite)	Computador, impressora	Pacote de fraldas descartáveis

- gestantes que realizaram os exames laboratoriais nos trimestres adequados;
- gestantes que realizaram mais de 3 ultrassom obstétricos;
- partos normais;
- cesáreas.

Os dados coletados serão analisados por meio de estatísticas descritivas e apresentados através de planilha.

5 Resultados Esperados

Gestações de risco acarretam inúmeras consequências tanto ao sistema de saúde quanto às gestantes e suas famílias.

Uma maneira de minimizar os riscos é melhorando a assistência pré-natal. Foram utilizadas medidas simples e de fácil aplicação para tal: grupo de gestante e palestras educativas.

A meta destas intervenções eram: adequação dos números de consultas e de exames; otimização dos tratamentos propostos.

Os resultados podem ser visualizados na tabela abaixo:

Tabela 1: Comparativo entre os indicadores da assistência pré-natal antes e após a intervenção.

De acordo com a tabela 1 é possível observar o sensível aumento no número de gestantes que receberam 7 ou mais consultas de pré-natal. Houve também importante aumento na proporção de partos normais comparando-se o período inicial (20%) com o período pós intervenção (66%). Embora o número seja pequeno, o que limita fazer grande inferências, podemos observar também que não houve morte materna após a intervenção. Observou-se também que, mesmo com a intervenção, faz-se necessário criar outros mecanismos para captação das gestantes em idade gestacional inicial e assim aumentar as taxas de exames e ultrassom obstétrico.

	Período anterior a Intervenção	Período posterior à Intervenção
Início do Pré-Natal		
1° Trimestre	6	7
2° Trimestre	2	3
3° Trimestre	2	0
Número de Consultas		
1 a 3	2	1
4 a 6	5	0
7	3	9
Exames		
Trimestre Adequado	6	7
Não adequado	4	3
Ultrassom		
Número adequado	6	7
Não adequado	4	3
Parto		
Normal	2	6
Cesáreo	8	3
Morte Materna		
Quantidade	1	0
Aborto		
Quantidade	0	1

Referências

- GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma unidade de saúde da família em um município da grande são paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 61, n. 3, p. 349–353, 2008. Citado na página 15.
- PARANÁ, S. da Saúde do Estado do. *Linha Guia: Rede mãe paranaense*. 2016. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf>. Acesso em: 26 Jan. 2016. Citado na página 14.
- PARANÁ, S. de Saúde do. *O que é a Rede Mãe Paranaense*. 2016. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2892>>. Acesso em: 26 Jan. 2016. Citado na página 14.
- SAÚDE, M. da. *Gestação de Alto Risco: Manual técnico*. Brasília: MS, 2012. Citado na página 13.
- SAÚDE, M. da. *Cadernos de Informações de Saúde - Informações Gerais: Município: Santo antonio do sudoeste - pr*. 2016. Disponível em: <ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/geral/pr/PR_Santo_Antonio_do_Sudoeste_Geral.xls>. Acesso em: 04 Fev. 2016. Citado na página 15.
- SAÚDE, M. da; MINISTRO, G. do. *PORTARIA N° 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011*. 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 26 Jan. 2016. Citado na página 14.
- SAÚDE, M. da; SUS, D. D. de Informática do. *C.1 Taxa de mortalidade infantil*. 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01b.htm>>. Acesso em: 26 Jan. 2016. Citado na página 15.
- SAÚDE, M. da; SUS, D. D. de Informática do. *C.3 Razão de mortalidade materna*. 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03b.htm>>. Acesso em: 26 Jan. 2016. Citado na página 14.
- SAÚDE, O. M. da. *Media centre: Maternal mortality*. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>>. Acesso em: 26 Jan. 2016. Citado na página 14.
- SAÚDE, R. I. de Informação para a. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: OPAS, 2008. Citado na página 14.
- SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1160–1168, 2004. Citado na página 15.
- UNICEF. *Mortalidade de crianças: Infância ainda vulnerável*. 2016. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/Pags_008_019_Mortalidade.pdf>. Acesso em: 26 Jan. 2016. Citado na página 14.