DANIELA DE LIMA PEREIRA

MELHORIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA UBS CARINÍ, PORTO DE MÓZ, PARÁ

PORTO DE MÓZ - PA
2017

DANIELA DE LIMA PEREIRA

MELHORIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA UBS CARINÍ, PORTO DE MÓZ, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Warley Simoes

PORTO DE MÓZ - PA
2017

RESUMO

A UBS Carini encontra-se em uma área de vulnerabilidade social, com grande número de adolescentes grávidas, baixa adesão ao pré-natal e pouco conhecimento e adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo - AME. Verifica-se no cotidiano um número considerável de gestantes atendidas na UBS com grande incidência de morbidades associadas ao processo gravídico, o que muitas vezes contribui para intercorrências sérias no final da gestação. Diante disso, o presente projeto de intervenção teve como objetivo estruturar ações que reduzam a incidência de gravidez entre adolescentes, aumente a adesão ao pré-natal e estimulem o AME

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Diarreia, Mortalidade infantil, Prevenção de doenças.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 6

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO 10

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS 13

4 VISITA DOMICILIAR 15

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA 18

REFERÊNCIAS 20

ANEXO I - PROJETO DE INTERVENÇÃO 21

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Índice de Mortalidade Infantil comparativo 7

Figura 2: Índice comparativo de Internações por Diarréia em Porto de Moz - PA.....7

Figura 3: Estabelecimentos de Saúde de Porto de Moz 8

Figura 4:Quadro de Controle de Medicações.....17

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Daniela de Lima Pereira, sou brasileira, natural do estado de Roraima, estudei medicina na Venezuela, me graduei há 2 anos e há 2 anos atuo no Programa Mais Médicos na Unidade de Saúde do bairro Cariní, município de Porto de Móz, no estado do Pará. A Atenção Primária à Saúde - APS, nível de atenção em que atuo é considerada a porta de entrada para o SUS e por este motivo precisa ser revestida de acolhimento e acessibilidade.

O Brasil por apresentar dimensões continentais, possui grandes disparidades sociais, que também podem ser constatadas nos níveis de atenção à saúde, disponibilidade de recursos em cada região, dentre outros. O Programa Mais Médicos-PMM foi instituído com o objetivo de prover a distribuição adequada de profissionais médicos, reduzindo as desigualdades regionais em saúde em municípios brasileiros. Á respeito do Programa Mais Médicos Oliveira, Sanchez e Santos (2016, p. 2719) pontuam:

> Trata-se de um programa com duração prevista de três anos, com possibilidade de prorrogação, constituído em três dimensões de atuação: melhoria da estrutura física da rede de atenção básica em saúde; reformas educacionais das escolas de medicina e residência médica; e o provimento de médicos em regiões prioritárias para o SUS.

Oliveira et al. (2015) afirmam que a escassez de profissionais de saúde em áreas remotas é um problema já bastante debatido. De acordo com os autores apenas com o PMM pode-se obter a provisão de médicos nestas áreas em tempo e magnitude suficiente para atender a demanda da população.

Porto de Moz é um município brasileiro do estado do Pará, pertencente à Mesorregião do Baixo Amazonas. Localiza-se no norte brasileiro, a uma latitude 01º44'54" sul e longitude 52º 14' 18" oeste. Localiza-se à latitude 01º44'54" sul e à longitude 52º14'18" oeste, com altitude de 15 metros (IBGE, 2010). Sua população estimada em 2016 é de 39 246 habitantes, distribuídos em uma área de 17 423,017 km². Densidade demográfica 2010 (hab/km²).

Ao analisar os dados de saúde disponíveis pelo último senso demográfico percebe-se que embora apresente uma Taxa de Mortalidade Infantil elevada (17,8 para mil nascidos vivos), outros municípios do Estado possuem situação ainda pior (Figura 1). Comparativamente, a taxa de mortalidade infantil do município ocupa a

posição 53 de 144 no Estado do Pará, e a posição 1534 de 5570 municípios brasileiros.

Figura 1: Índice de Mortalidade Infantil comparativo

Fonte: IBGE, 2010.

As internações por diarreia (dado que mostra a insuficiência de infraestrutura sanitária básica[1]) são de 2,5 para cada mil habitantes, o que representa a posição 91 dos 144 municípios estaduais. No Brasil, ocupa a posição 132, dos 5570 municípios existentes (Figura 2).

Figura 2: Índice comparativo de Internações por Diarréia em Porto de Moz - PA

Fonte: IBGE, 2010.

[1] O município de Porto de Moz possui apenas 11,5% de esgotamento sanitário adequado, o que propicia o consumo de água contaminada, contato com dejetos, dentre outros problemas sanitários graves. Fonte: IBGE. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pa/porto-de-moz/panorama. Acesso em 10 junho, 2017.

Porto de Moz conta com apenas um Hospital Público (Hospital Municipal Ana Nery), sete postos de saúde e seis Unidades de saúde da Família (Figura 3).

Figura 3: Estabelecimentos de Saúde de Porto de Moz

CENTRAL DE REGULACAO DE PORTO DE MOZ	6545610	-	M
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL I ESPACO FLORESCER	6208673	-	M
HOSPITAL MUNICIPAL ANA NERY	2711184	-	M
NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA RENASCER	6620744	-	M
POSTO DE SAUDE BOM JESUS	2711214	-	M
POSTO DE SAUDE COLONIA MAJARI	5423279	-	M
POSTO DE SAUDE DO MACAPIXI	6443273	-	M
POSTO DE SAUDE GUAJARA	2711230	-	M
POSTO DE SAUDE TAPARA	2711257	-	M
POSTO DE SAUDE UI UI	2711265	-	M
POSTO DE SAUDE VILARINHO DO MONTE	2711273	-	M
SECRETARIA MUNICAPAL DE SAUDE	7789491	-	M
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA BEATA	7789483	-	M
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA CARINI	5423295	-	M
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DO MATURU	2711206	-	M
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DO PRAIAO	2711249	-	M
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA MARIA LUIZA MOURA	2711192	-	M
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA ROSA CARDOSO DE LIMA	5423287	-	M
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	2711281	-	M

Fonte: DataSUS[2].

A Unidade de Saúde da Família Carini, que será foco do presente portfólio, atende a uma população com diversas peculiaridades. Embora seja composta por profissionais diversos, como o gari, professores, comerciantes, pescadores, agricultores, dentre outros, a maioria da população é de baixa renda e baixa escolaridade (menos de 5 anos de estudo). A UBS é uma casa improvisada, sem estrutura nenhuma, a equipe é composta por enfermeiro, médico, 3 técnicos, 3 ACS, não têm serviço de odontologia na unidade. Existe apenas 1 escola no bairro e uma delegacia, no entanto não há ainda parcerias formadas devido a diversos entraves.

A Unidade de Saúde da Família Carini foi inserida no sistema do SUS em 2007, sendo localizada na Rua Professor Antônio Farias, nº986, no Bairro Carini, em Porto de Moz - PA. A Unidade de Saúde realiza atendimento de demanda espontânea, mas por apresentar grande área de abrangência verifica-se que o processo de territorialização, e busca ativa de pacientes pelos Agentes Comunitários de Saúde é bastante deficiente. A área de abrangência tem certa dimensão,

[2] Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=15&VCodMunicipio=150590&NomeEstado=PARA. Acesso em 09 de Junho de 2017.

(existem 3 áreas em que as casas estão construídas em cima de palafitas) e o fluxo de pessoas é bastante grande, pois muitos também tem casa em zona rural, o que dificulta saber um número exato de habitantes da área e ademais o numero de ACS é insuficiente para cobrir a população, mas estima-se que ultrapasse 4.500 pessoas, pelo fato de em diversas casas, diga-se de passagem, a maioria, chegam a morar até 3 famílias.

O município de Porto de Moz, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE apresenta uma incidência de pobreza em 55,17% da população. Muñoz e Fernandes (2011) afirmam que municípios e regiões em estado de pobreza apresentam como características atrasos no diagnóstico e tratamento das demandas de saúde, e presença praticamente constante do ciclo pobreza-doença. Em tal ciclo verifica-se incidência de doenças infecciosas e parasitárias de difícil controle, sobretudo pelas condições de vida da população.

Durante o período de assistência médica na referida unidade de saúde foi possível verificar que as demandas mais comuns são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), parasitose intestinal por protozoários, doença inflamatória pélvica e anemia ferropriva. Outro problema relevante é o atraso para início do Pré-natal entre as gestantes. A maior parte das mulheres procura a unidade de saúde já no segundo ou terceiro trimestre gestacional, não realizando um pré-natal adequado. Além disso, mesmo entre as gestantes que procuram a Unidade de Saúde verifica-se pouco “comprometimento” com a realização de exames solicitados, ou utilização das medicações prescritas.

Diante disso, o presente projeto tem como proposta intervir precocemente junto às gestantes atendidas pela Unidade de Saúde da Família Carini realizando tanto uma busca ativa na comunidade para detectar a presença de gestantes que não compareceram à unidade, como também realizando atividades de estímulo ao autocuidado, participação do pré-natal e realização dos exames gestacionais.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

As doenças mais frequentes que atendo são diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. Na minha Unidade de Saúde semanalmente são realizadas visitas domiciliares aos pacientes idosos e acamados que moram um pouco distante da Unidade de Saúde e têm dificuldades de se locomover.

Mas hoje quero contar sobre um caso que chegou até a minha consulta. Um paciente por nome Sandoval Ferreira de 58 anos, quem ao adentrar a minha sala veio muito assustado, pois disse que havia perdido por volta de 15 kg peso nos últimos três meses, se sentia muito debilitado, vertigens, sentia bastante sede e com micção frequente principalmente no período noturno o que deixava muito sonolento durante o dia. Realizei algumas perguntas e o exame físico do paciente onde pude constatar:

- APP: sem antecedentes
- APF: desconhece as causas de falecimento de seus genitores.
- Pele com leve desidratação, sem cicatrizes ou lesões.
- Mucosas coloradas
- TCS: sem mixedemas.
- Aparelho respiratório: tórax simétrico, expansível, murmulho vesicular presente, sem estertores, bulhas fonética presentes; FR19 Rpm
- Aparelho cardiovascular: área cardíaca delimitada, ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros. Pulsos periféricos presentes. FC 96 bpm; P.A 120 X80 mmhg.
- Abdômen: mole, ruídos hidroaéreos presentes, não doloroso à palpação superficial nem profunda.
- Extremidades: móveis, eutróficas, tono muscular preservado, sem edemas, leve perda de sensibilidade em ambos pés.
- Sistema nervoso central: orientado em tempo espaço e pessoa; Memória retrograda e anterógrada sem alterações.

Ao terminar de realizar o exame físico de Sandoval, converso sobre os sinais e sintomas da Diabetes mellitus e a possibilidade de ele ter essa patologia. Até o momento não contamos com glicômetro na unidade. Então solicito exames de rotina a hemograma, EAS, glicemia de jejum, uréia, creatinina, ASAT, ALAT e que retorne

o mais rápido possível á consulta. Passado dois dias, retorna trazendo os exames que mostram:

- Hemoglobina 12g /dl
- Uréia:20mg/dl
- Creatinina: 1,3 mg/dl.
- Glicemia de jejum: 458 mg/dl.
- EAS, ASAT,ALAT: o laboratório não estava realizando (PENDENTE)

De início foi instituído o tratamento com metformina de 850mg 12h/12h.

- Repetir glicemia após dois ao início de uso da metformina nova glicemia onde mostra um descenso no nível para 250mg/dl.
- Mudanças no estilo de vida
- Cuidados com os pés.
- Uso de calçados confortável.
- Atividades físicas regular.
- Além de diminuir a quantidade da ingestão de açúcar.
- Encaminho também para uma consulta com a nutricionista para receber informações sobre a sua dieta.

Estamos pendentes juntamente com a agente comunitária, agendar uma visita domiciliar a casa de Sandoval que mora em uma área alagada, para conhecer melhor as condições em que vive com sua esposa.

A presença de patologias como o Diabetes e a Hipertensão Arterial Sistêmica vem aumentando nos últimos meses, seja por maior procura dos pacientes após ações de divulgação na comunidade ou por melhoras na acessibilidade da Unidade de Saúde a partir de mudanças articuladas recentemente.

Como já referido anteriormente, há na comunidade um número considerável de pacientes com Doenças Crônicas não transmissíveis - DCNT, e baixa adesão ao tratamento medicamentoso e triagem diagnóstica. Diante de tal constatação, percebeu-se a necessidade de implementar a metodologia proposta pelo Projeto Terapêutico Singular.

A primeira ação dentro de tal metodologia foi aplicada em uma gestante. Buscou-se compreender a realidade vivenciada pela mesma, a partir de questionamentos, visitas domiciliares, e escuta ativa, e posteriormente foi elaborada uma terapêutica que envolvia a paciente como um todo, compreendendo, por exemplo, os horários disponíveis para atendimento, a possibilidade de marcação sem se deslocar até a unidade (já que a mesma apresentava dificuldades de locomoção e dependia de outros para ir até a unidade, etc.).

Voltando ao paciente aqui descrito, buscou-se realizar uma busca ativa em sua família, verificando a incidência de DCNT, e foi constatado em pelo menos três membros a necessidade de intervenção imediata. O paciente foi acolhido pela unidade, que mostrou a ele a partir de uma linguagem acessível o que seria o diabetes, as implicações da doença para a vida diária e a necessidade de mudança de hábitos de vida.

Um processo considerado interessante, na participação do usuário do PTS, se deu principalmente na elaboração da programação da dieta e atividades físicas. O paciente contou o que geralmente possui em sua casa de alimentos, o que costuma comprar mensalmente, e foi elaborada uma dieta que realmente se adequava à nova condição (diabético), mas que respeitava o poder aquisitivo e dentro do possível não interferisse nas compras mensais. Em relação à atividade física, o paciente já era bastante ativo em suas atividades diárias, então foi proposto um plano que incluía caminhadas em substituição ao transporte coletivo pelo menos em um dos trajetos diários.

A utilização de um planejamento individualizado, com a participação ativa do usuário tanto no caso da gestante como no caso do paciente Sandoval Ferreira mostra a importância de se pensar o SUS para o usuário, traçando metas de acessibilidade e acolhimento, e adequando o conhecimento em saúde a cada situação específica. É importante salientar que para a concepção do Projeto Terapêutico Singular- (PTS) e inserção da metodologia na unidade de saúde foram feitas reuniões com todos os profissionais assistenciais, buscando assim um comprometimento coletivo com o bem da população e assistência à saúde.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Na área dos pacientes com doenças crônicas busquei os que sobrepunham problemas de Saúde Mental, onde sempre foi levado em consideração a possibilidade de proporcionar um cuidado integral aos pacientes.

Fiz o trabalho em equipe, revisando os registros, os prontuários dos usuários das doenças crônicas que coincidiam com transtornos mentais, começando pelos pacientes que procuravam para renovação de receituários controlados através do preenchimento de fichas individuais de controle, similares àquelas utilizadas para a doença crônica de hipertensão. Identificando os dados da pessoa, profissional responsável, medicações utilizadas, a data e quantidade de comprimidos prescritos, das caraterísticas da pessoa e da família. Desta maneira se permite conhecer a adesão ao tratamento, sua última consulta para renovação de receitas, além de controlar a medicação com o próprio paciente para que os medicamentos não sejam retirados por terceiros, como ocorre frequentemente devido à distância e etc..

Anteriormente existia o costume de não comparecimento físico para renovar receitas, mas desta forma interrompe o processo de avaliação do seu transtorno mental, caso exista necessidade de modificar o tratamento de algum medicamento, a diminuição da dose, ou alguma ação para evitar dependência, sempre com acompanhamento da psiquiatra em caso que seja necessário, diminuindo assim o fluxo de pacientes à especialidade. O paciente com a doença de saúde mental tem um dia de agendamento pelo retorno a cada mês ou dois meses. São muitas as ações que temos que fazer para mudar costumes dos pacientes, mas com uma boa comunicação e uma atenção integral de qualidade dá para convencer da necessidade de proceder, deixando as informações em prontuário médico, o que é obrigatório, pelos aspectos éticos quanto legais. Além disso, é uma oportunidade para conhecer os usuários.

Foi mudando a percepção inicial do que o médico generalista só ficava no posto para renovar as receitas e que o acompanhamento é feito exclusivamente pelo psiquiatra no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Segundo o Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental (CAB N° 34, 2013) “os generalistas podem compartilhar o cuidado do transtorno mental com o psiquiatra, diminuindo o número necessário de visitas ao psiquiatra”, como acontecia anteriormente, onde o médico só se limitava a renovar receitas controladas e negligenciavam outros aspectos

fundamentais do cuidado. Muitas pessoas parecem que perdem o direito aos cuidados de saúde integral em razão da esquizofrenia e da exclusão social em sua comunidade.

Neste momento, conhecemos a população de saúde mental, com suas avaliações integrais segundo corresponda, com seu rastreamento preventivo em caso das mulheres que fazem mamografia, a identificação dos fatores de riscos, levando mudanças do estilo de vida, os controles de HAS, Diabetes Mellitus...levando em conta seus respectivos controles e tratamentos já que estas doenças podem ser agravadas por alguns psicofármacos. Dessa forma foi possível diminuir encaminhamentos de usuários sem acompanhamentos regulares com o especialista há anos, além de seu acompanhamento pela equipe do NASF para terapias com psicólogo que atende na UBSF, com identificação de situações de vulnerabilidade social, conflitos familiares....

Dessa forma foi possível a incorporação desses pacientes de Saúde Mental aos Grupos de Crônicos, de convivência, de artesanato, etc. Na agenda programática temos algumas quintas às 16hrs, o desenvolvimento de dinâmica, conversas e palestras previamente preparadas para elevar os conhecimentos das pessoas.

Desta maneira os usuários ficaram convencidos que receberam atenção integral de qualidade, conseguimos a aceitação por parte da equipe e do paciente afunilando uma melhor atenção com integralidade.

4 VISITA DOMICILIAR

De acordo com Andrade et al. (2014) a visita domiciliar pode ser compreendida como uma oportunidade diferenciada de proporcionar o cuidado ao paciente. Como as atividades se desenvolvem fora da Unidade de Saúde os profissionais não possuem muitas vezes todo o suporte técnico-científico adequado, mas em contrapartida ganham a possibilidade de avaliar o paciente em seu contexto domiciliar, identificando, por exemplo, possíveis fontes de desequilíbrios de saúde. Os autores ressaltam ainda que a visita domiciliar permite um cuidado mais humanizado, estabelecendo laços mais fortes de cuidado e confiança entre usuários e profissionais de saúde.

É importante salientar que a Atenção à Saúde Mental no Brasil é parte integrante do Sistema Único de Saúde, sendo composta por uma rede hierarquizada de serviços, instituídos pelas leis federais 8142/90 e 8080/1990. A partir de portarias e Resoluções do Ministério da Saúde, no Brasil é preconizado e priorizado o atendimento ao doente mental no sistema comunitário, sem internação compulsória.

Brito e Oliveira (2009) relatam que doentes mentais são historicamente excluídos da sociedade, não tendo acesso a serviços de saúde, educação ou renda. De acordo com os autores, mesmo com a tão falada “Reforma Antimanicomial”, e a extinção de sanatórios por todo o país verifica-se que tais pacientes ainda não encontram, juntamente com seus familiares uma assistência à saúde adequada nos mais diversos níveis de complexidade em saúde.

Como já falado anteriormente, ao iniciar o trabalho na referida unidade de saúde havia um costume de “renovação automática de receitas”, que eram comumente levadas à unidade de saúde por familiares, sem sequer a presença do paciente. Quando muito, verificava-se a presença destes, nas consultas com psiquiatras, que ocorriam mensalmente ou bimensalmente nos CAPs.

O surgimento de algumas Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST’s em alguns pacientes com distúrbios mentais ‘acompanhados’ pela unidade de saúde fez despertar a necessidade de uma abordagem mais completa, integrando também os parceiros, familiares e cuidadores dos pacientes com distúrbios mentais.

O agendamento de consultas dos pacientes com distúrbios mentais é feito sistematicamente em intervalos regulares com o especialista no CAP’s. Após tal atendimento o paciente passa a ser acompanhado pelo clínico geral da unidade de

saúde, retornando ao especialista quando há alterações do quadro e/ou por período de reavaliação, que diante da escassez de psiquiatras chega a ter um intervalo de 9-12 meses entre uma consulta ou outra.

É sabido que a atenção à saúde deve ser integral, contemplando todos os aspectos da vida do paciente. Com o surgimento dos casos de DSTs em pacientes com distúrbios mentais e em companheiros atendidos pela unidade de saúde, foi organizada uma força tarefa para atualizar os dados desses pacientes, estabelecendo um acompanhamento regular, mensal, na unidade de saúde ou no ambiente domiciliar, de acordo com a condição e necessidade do paciente.

Uma vez agendada a consulta domiciliar, sempre é questionado aos cuidadores e/ou familiares o turno mais propício para tais visitas. É importante salientar que boa parte dos pacientes faz uso de medicações que causam sonolência, alterações de humor, dentre outros, o que pode ocasionar momentos no dia impróprios para visitas médicas. Além disso, os cuidadores de pacientes com distúrbios mentais geralmente possuem também uma série de outros afazeres, devendo, por este motivo indicarem o período do dia ou melhor momento para as visitas.

Os pacientes com distúrbios mentais possuem como queixa bastante comum o fato de serem “ignorados” durante os atendimentos. Já que geralmente, segundo os mesmos, os médicos apenas dirigem-se a seus cuidadores e/ou familiares. Buscando um resgate da autoestima desses pacientes a primeira etapa da visita domiciliar é justamente direcionada à uma conversa com o paciente, com exame físico quando necessário, buscando ainda promover ações de autocuidado e prevenção de DST’s. Em um segundo momento o cuidador ou familiar é solicitado a trazer as receitas médicas e medicações que o paciente está fazendo uso.

Durante a própria visita é preenchido um quadro de medicações (Figura 4), que é mensalmente afixado em local visível da casa (parede, geladeira, etc.), buscando assim, facilitar a rotina e aumentar a adesão à terapia medicamentosa.

Figura 4:Quadro de Controle de Medicações

PERÍODO	MEDICAMENTO	HORÁRIO	QUANTIDADE	OBSERVAÇÕES
Manhã				
Tarde				
Noite				

Embora o foco do atendimento domiciliar aqui relatado seja o paciente com distúrbios mentais, verifica-se que comumente a sobrecarga vivenciada pelos cuidadores os impedem, por exemplo, de cuidar da própria saúde. Por este motivo, a cada visita são feitos questionamentos sobre condição de saúde, sinais e sintomas, e quando necessário o cuidador também é atendido, garantindo assim seu acesso à saúde.

A cada visita são também feitas ações de educação em saúde. Nesses momentos geralmente todos os membros da família presentes são chamados a participar buscando maior divulgação das informações, elevando assim a condição de autocuidado de cada um dos participantes.

Como critérios de priorização das visitas domiciliares tem-se: pacientes acamados, com condições agudas ou em uso de medicações controladas, pacientes crônicos com grande vulnerabilidade social, ou deficiências já diagnosticadas nos cuidados básicos (falta de cuidadores, histórico de maus tratos, patologias descompensadas, etc.), e pacientes crônicos relativamente estáveis. É importante salientar que cada ACS repassa mensalmente a condição de cada um dos pacientes, e então é elaborado o calendário de visitas, que não é fixo por atender a cada uma das prioridades momentâneas.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante os anos de graduação o estudante de medicina possui contato com casos e vivências que moldarão o seu perfil profissional. Ao atuar na atenção básica à saúde o médico precisa compreender que lidará, na maior parte das vezes, com pacientes humildes, com uma série de limitações, carências e mazelas que interferem diretamente na qualidade de saúde destes.

O estudo dos casos apresentados durante o presente curso traz novamente um ambiente propício para a aprendizagem, reflexão e busca por melhora do atendimento. Na prática profissional é possível verificar claramente a melhora dos atendimentos ofertados. É necessário dizer que mesmo já apresentando a perícia necessária, o gosto pela atenção primária e a noção de como deveriam ser os atendimentos, a partir da vivência dos casos clínicos, sobretudo, os casos apresentados no Eixo II foi possível proporcionar à equipe e aos pacientes um atendimento mais humanizado. Que realmente considera o meio, e as variáveis externas como também determinantes para saúde dos indivíduos.

Ao comparar os casos complexos apresentados pelo curso e os casos da vida real, é possível verificar até mesmo certa equivalência. Da mesma forma que alguns casos propostos nunca tenham ocorrido em minha prática profissional, ocorreram outros casos tão complexos na vida real, que se equiparavam aos fictícios na complexidade. Pensar em casos inéditos é também uma forma de treinar para um raciocínio mais crítico e abrangente, que garante maior preparo para lidar com os casos reais.

A discussão nos fóruns permite não apenas apontar respostas, ou emitir opiniões, mas, sobretudo, discutir informações e vivências que contribuem para um melhor desempenho profissional.

O curso permitiu uma alteração na visão da saúde, tendo a família como centro de intervenção, proporcionando compreender como proceder a cuidados estendidos à familiares e cuidadores em casos de pacientes dependentes, promover ações de saúde, e instituir campanhas de prevenção e promoção à saúde. No que se refere à minha performance profissional posso sem dúvida alguma dizer que houve um amadurecimento técnico-científico e humano, em que as relações com o paciente passaram a ter um sentido bem mais complexo que a simples troca de informações. Ao realizar uma visita domiciliar, hoje, após o curso, é possível um

olhar crítico, e humano, identificando fragilidades, e vulnerabilidade, mas também verificando diversas formas de intervenção que garantam não apenas uma melhor condição de saúde, mas melhor qualidade de vida e dignidade aos pacientes.

O portfólio, excelente ferramenta de aprendizagem, nos permite uma análise reflexiva da nossa prática profissional, longe de ser uma mera atividade avaliativa, nos transporta para um ambiente dinâmico de aprendizagem, que através das brilhantes considerações dos tutores nos permite crescer como pessoas e profissionais.

Hoje, ao concluir o curso, é possível verificar que não apenas eu ganhei aprendizado, mas toda a minha Unidade de Saúde, pacientes e colegas de trabalho foram beneficiados seja pelo ganho de aprendizado, quanto pela melhor formação profissional, e maior sensibilidade para tratar, investigar e promover saúde na unidade.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, Ademilde Machado et al . Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 23, n. 1, p. 165-175, mar. 2014 .
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
3. BRITO, P. F.; OLIVEIRA, C. C. A sexualidade negada do doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. Ciência e Cognição, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 246-254, 2009.
4. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo 2010. Porto de Moz. 2010. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pa/porto-de-moz/panorama. Acesso em 02 de junho de 2017.
5. MUÑOZ, Susana Segura; FERNANDES, Ana Paula Morais. As doenças infecciosas e parasitárias e seus condicionantes socioambientais. Licenciatura em Ciências. Centro de Ensino e Pesquisa Aplicada (CEPA). Instituto de Fìsica da Universidade de São Paulo, 2011. Disponível em: https://midia.atp.usp.br/plc/ju0004/impressos/ju0004_01.pdf. Acesso em 26 maio de 2017.
6. OLIVEIRA, João Paulo Alves; SANCHEZ, Mauro Niskier; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2719-2727, set. 2016 .
7. OLIVEIRA, Felipe Proenço de et al . Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 19, n. 54, p. 623-634, set. 2015 .

ANEXO I - PROJETO DE INTERVENÇÃO

DANIELA DE LIMA PEREIRA

MELHORIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA UBS CARINÍ, PORTO DE MÓZ, PARÁ

PORTO DE MÓZ - PA
2017

RESUMO

A UBS Carini encontra-se em uma área de vulnerabilidade social, com grande número de adolescentes grávidas, baixa adesão ao pré-natal e pouco conhecimento e adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo - AME. Verifica-se no cotidiano um número considerável de gestantes atendidas na UBS com grande incidência de morbidades associadas ao processo gravídico, o que muitas vezes contribui para intercorrências sérias no final da gestação. Diante disso, o presente projeto de intervenção teve como objetivo estruturar ações que reduzam a incidência de gravidez entre adolescentes, aumente a adesão ao pré-natal e estimulem o AME.

Palavras-Chave: Atenção Primária à saúde. Pré-Natal. Assistência à Gestante.

1 INTRODUCAO

De acordo com Silva et al. (2010) a partir de 1994 o Sistema Único de Saúde - SUS passou a estruturar a prática assistencial baseada no então Programa de Saúde da Família. A assistência à saúde passou a ser pautada em ações de prevenção, promoção e recuperação à saúde, objetivando uma assistência integral e contínua. Martins e Arantes (2011) pontuam que a inserção do PSF na saúde brasileira reorganizou toda a estrutura do sistema de saúde brasileiro, principalmente no que se refere à Atenção Primária à Saúde (APS).

Morais (2011) relata que uma boa cobertura pré-natal é considerada um dos principais indicadores do pacto pela saúde, sendo prioridade no contexto da saúde pública no Brasil. Para que ocorra uma assistência pré-natal satisfatória às gestantes, a captação destas deve se dá o mais precocemente possível. Davim et al. (2010) pontuam que a assistência pré-natal deve ser realizada de maneira cautelosa, com responsabilidade e qualidade. Almeida e Barros (2004) relatam que o cuidado humanizado e uma boa acessibilidade aos serviços de saúde representam os primeiros sinais de que há uma boa assistência pré-natal na unidade de saúde. O cuidado pré-natal precisa ser suficiente para prevenir a redução de nascimentos com baixo peso, e uma elevada mortalidade neonatal. A intervenção profissional precisa ser feita de modo a identificar gestantes de alto risco, prevenir agravos na gestação e preparar a gestante para o puerpério.

Ferraz e Lippi (2009) afirmam que o pré-natal possui objetivos sociais, biológicos e de saúde pública, garantindo a evolução normal da gestação, além de promover a preparação da mãe para a lactação, puerpério e parto. Porto de Móz é um município ribeirinho que está localizado no rio Xingú, estado Pará, sua população é de 39.246 mil habitantes aproximadamente, segundo dados do IBGE 2015, sendo atendida especificamente pela equipe de estratégia saúde da família. A equipe de saúde está composta por uma médica, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS).

Diante da importância do pré-natal, o presente projeto de intervenção tem como questão norteadora: Quais ações podem ser implantadas para melhora da assistência pré-natal no município de Porto Móz -PA?

JUSTIFICATIVA

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado, um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária deste país. As mortes maternas e infantis ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e entre elas a atenção pré-natal ao parto e ao recém-nascido (MORAIS, 2011).

A UBS Cariní, cujo local pretende-se desenvolver o Projeto de Intervenção aqui proposto funciona em um local provisoriamente adaptado e que não possui as condições adequadas para um atendimento ótimo, tendo em vista os inúmeros problemas estruturais existentes. Embora se localize na área urbana, no bairro do Cariní, a UBS atende também pessoas vindas de zona rural.

A referida UBS não possui sala de vacina, curativo, sala de reunião ou copa. Os consultórios não contam com a privacidade requerida, não existe também consultório odontológico. As palestras são realizadas na área externa da unidade de saúde. Quando se realiza vacinação a enfermeira e a técnica de enfermagem não contam com as condições adequadas para realizar o processo de vacinação.

Verifica-se no cotidiano um número considerável de gestantes atendidas na UBS com grande incidência de morbidades associadas ao processo gravídico, o que muitas vezes contribui para intercorrências sérias no final da gestação. Diante disso, o projeto de intervenção se justifica pela possibilidade de melhor investigar a situação das gestantes atendidas pela UBS Cariní, propondo ações que busquem reduzir a incidência de doenças evitáveis no período gestacional. Fator primordial para proporcionar uma melhora nos indicadores de saúde e qualidade de vida dessas mulheres.

Algumas ações já são desenvolvidas com esta população como visitas domiciliares, consultas periódicas e ações de educação em saúde explicando a importância de iniciar o pré-natal precoce, eliminando fatores de risco que possam surgir e assim melhorar e garantir ótimos resultados. Pela problemática exposta é interesse do presente projeto de intervenção abordar as questões referentes à atenção ao pré-natal buscando proporcionar uma melhor assistência à população referenciada. Sabe-se que a população adstrita é de aproximadamente 2.477

pessoas, correspondendo cerca de 760 famílias e dessas 738 são mulheres em idade fértil entre 15 a 45 anos. A UBS possui atualmente 63 gestantes em atendimento, o que corresponde a 8,5% das mulheres em idade fértil, e destas 5 gestantes, o que corresponde a 0,6% não assistem à nossa UBS. Entretanto, é importante salientar que pode existir um número maior de gestantes que não realizam corretamente o pré-natal, levando-se em consideração que há pessoas que moram muito longe da UBS em zonas rurais.

Pelos dados atuais da equipe de acompanhamento das gestantes, o atendimento é efetivamente realizado em cerca de 58 gestantes o que corresponde a 7,8% das mulheres em idade fértil. Com a realização do projeto de intervenção pretende-se promover ações em saúde que incorporem o restante das grávidas faltosas ao atendimento e conscientize as mulheres não grávidas sobre importância do pré-natal.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Melhorar a qualidade na atenção ao pré-natal na UBS Cariní, porto de Móz, PA.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ampliar a cobertura de pré-natal.
- Melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal realizado na unidade.
- Melhorar a adesão e registro ao pré-natal.
- Realizar avaliação de risco.
- Reduzir a incidência de gravidez na adolescência entre famílias assistidas pela UBS Cariní.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO SUS

O Brasil é um dos poucos países no mundo que possui um sistema integrado de saúde pública, que oferta ao usuário atendimento médico-hospitalar, medicamentos, recursos diagnósticos e de reabilitação. Na Lei 8080/90, Artigo 6, afirma que está incluída no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a execução de diversas ações, dentre elas a assistência terapêutica integral. Para a obtenção de um SUS articulado é fundamental que os diversos serviços estejam integrados, e atendam aos mesmos requisitos (BRASIL, 1990).

A ESF como mecanismo do SUS, vem fortalecer uma atenção integral à saúde focando em uma assistência individualizada, mas que não aborde exclusivamente o campo curativo. A estratégia busca também promover ações de educação em saúde, e estímulo à prevenção e valorização de práticas saudáveis. Além disso, é proposto pela ESF um aumento do vínculo entre profissionais de saúde e comunidade, tendo a família como foco do atendimento (GIACOMOZZI, LACERDA, 2006).

Giffin (1991) relata em seu estudo que por muitos anos a atenção à saúde da mulher no âmbito da saúde pública quando muito, se concentrava na atenção materno-infantil, sendo por muitas vezes totalmente ignorada. A partir de 1980 começaram a surgir propostas de atenção integral à saúde feminina, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM e a Resolução 123 do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. Tais iniciativas incluíam dentre outras questões, os serviços públicos de contracepção e abordavam a mulher como “sujeito ativo no cuidado da sua saúde”.

Costa, Bahia e Conte (2007) relatam que a partir da década de 60 verificou-se o surgimento de diversos movimentos feministas que determinaram o surgimento de políticas voltadas à mulher. Leite e Paes (2009) afirmam que no Brasil as primeiras discussões sobre saúde da mulher surgiram como resultado de mudanças políticas, e inicialmente abrangiam questões focadas no pré-natal, parto e puerpério. Apenas alguns anos depois verificou-se o caminhar lento e contínuo para a ideia de integralidade, que então busca atender às demandas de saúde feminina da adolescência até a velhice.

Pacheco (1981) relata em seu estudo que as primeiras medidas contraceptivas como distribuição de pílulas anticoncepcionais, distribuição de dispositivos intrauterinos (DIUs) e promoção de laqueaduras voluntárias se deu atendendo à determinação norte-americana, que condicionou a liberação de empréstimos ao Brasil à implantação de uma política demográfica.

Em 1975 ocorreu no México a 1ª Conferência Mundial da Mulher, e no Brasil a 5ª Conferência Nacional de Saúde em que foi promulgada a Lei 6.229 que determinou a criação do Sistema Nacional de Saúde, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e do Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PSMI) (BRASIL, 1975). O PSMI pode ser considerado uma resposta à pressão mundial por melhores condições de infância e maternidade, expressada no Plano Decenal de Saúde para as Américas, em 1972 (NASCIMENTO et. al., 1992).

Em 1983 é lançado no Brasil o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Tal programa buscava atender a mulher de maneira integral, superando a assistência prestada apenas no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL,1984). Ainda em 1983 foram implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), que buscavam, sobretudo uma expansão nos serviços de saúde com a descentralização dos mesmos para estados e municípios e a integração da Assistência à Saúde (SANTOS, 2005).

A implantação do PAISM e de diversas outras políticas voltadas à população feminina foram resultantes do aumento da participação feminina no Brasil, que desencadeou a elaboração de diversas políticas públicas que abrangiam não apenas a área da saúde, mas a previdência social, a área da educação e a agricultura (BRASIL, 2010).

Em 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) passaram a ser dinamizadas diversas iniciativas voltadas à saúde da mulher. Em 1992, durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (PAISMCA). Quatro anos mais tarde, em 1996 foi promulgada a Lei 9.263 que regulamentava o Planejamento Familiar (COSTA; BHAIA; CONTE, 2007).

Posteriormente, em 1994 é criado no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF) que busca assegurar ao indivíduo, dentro do seu território o acesso à promoção, recuperação e proteção à saúde, a partir de uma visão mais aguçada das

variabilidades regionais. Tal programa passou a constituir a base do SUS, e garantia às mulheres um maior acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1994).

Dez anos mais tarde, em 2004, ocorre a 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. A partir de tal conferência foi elaborado o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2004-2007, norteando políticas públicas voltadas à população feminina nos âmbitos, municipal, estadual e federal (BRASIL, 2004b). Ainda em 2004, como resposta à conferência foi lançada a Politica Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Tal política se propõe atender às necessidades das mulheres numa perspectiva de gênero, garantindo ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, e controle e doenças de maior prevalência na população feminina (BRASIL, 2004a).

3.2 ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

De acordo com Pontes et. al. (2013), o aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover as saúdes física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. O Ministério da Saúde do Brasil, recomenda que a mãe amamente por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses de vida (BRASIL, 2009). O Ministério da Saúde enfatiza ainda a importância do vínculo afetivo criado entre mãe e filho, no ato de amamentar, aumentando a união entre ambos, criando uma ligação emocional que pode facilitar o desenvolvimento da criança.

Vieira et. al. (2015) realizaram um estudo com 371 lactentes do município de Viçosa/MG. Verificou-se que 3,5% da amostra apresentava baixo peso, e 3,7% apresentava baixo comprimento para a idade. O peso elevado foi encontrado em 2,4% da amostra. Apenas 20,8% da amostra teve AME. De acordo com os autores a AME ou predominante nos primeiros seis meses de vida está associada a um maior ganho de peso. A participação das mães em todo o acompanhamento pré-natal também foi apontada como fator que corrobora com a adesão ao AME.

No estudo realizado por Oliveira et. al. (2015) os autores afirmaram que apenas 19,1% da amostra relatou continuar com o AME até os seis meses de vida. Fatores culturais como crenças de que o leite era “fraco” ou insuficiente foram relatados como motivos para a inserção de outros alimentos e abandono do AME, além disso, a inexperiência ou insegurança de algumas mães contribuíram para a

interrupção do aleitamento materno. As intercorrências da mama puerperal e quadros depressivos maternos também foram fatores que propiciaram a redução do aleitamento materno.

3.3 PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano compreendida entre a infância e a idade adulta. É caracterizada por intensa alteração física e psíquica (BECKER, 2003). De acordo com Sato (2000) os adolescentes passam nesta fase por uma grande alteração no seu estado e natureza psico-emocional, que podem ser amenizadas ou agravadas de acordo com laços sociais, aspectos culturais e problemática de vida encontrada por cada um.

Tal fase caracteriza-se como compreendida entre a infância e a idade adulta, e é caracterizada por um período de vulnerabilidade pelas intensas transformações físicas e psicológicas pelas quais os indivíduos passam nessa fase de vida. Na adolescência ocorre então o amadurecimento das zonas erógenas genitais, com uma constante busca de novos caminhos. O adolescente rompe então sua ligação com a família passando a uma fase de maior convívio social com terceiros. Neste momento o adolescente comumente altera sua visão sobre os pais, que até então eram modelos ideais e passa a encarar os mesmos com mais realismo, compreendendo suas falhas e limites (COUTINHO, 2004).

A sexualidade tem se iniciado cada vez mais cedo, levando os adolescentes a ingressarem rapidamente numa vida mais adulta e muitas vezes sem o preparo psicológico. Devido aos potenciais de risco para a mãe e para o bebê a gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública (PARIZ; MENGARDA; FRIZZO, 2012).

Jorge et. al. (2014) relatam que com o início precoce da atividade sexual os adolescentes colocam-se em situação de grande risco ou fragilidade social. Estima-se que 20% dos abortos provocados sejam provenientes de mães adolescentes, o que provoca grande impacto psíquico e pode representar risco à vida dessas adolescentes. Os autores afirmam ainda, que dentre as gestantes adolescentes é elevado o consumo de álcool, tabaco e outras drogas o que coloca em risco a integridade da gestante e do feto em formação.

Martins et. al. (2014) relatam que a gravidez na adolescência desencadeia um alto índice de mortalidade entre mães com idade de 10-19 anos. Seja pela imaturidade Biológica ou pelo desenvolvimento incompleto da pelve e do útero a gravidez precoce é permeada de situações de risco, e desencadeia um grande número de bebês prematuros e de baixo peso, mais susceptíveis à mortalidade perinatal e infantil.

Segundo o Fundo Populacional das Nações Unidas (*United Nations Population Fund*, 2010) um fator agravante é que a gravidez na adolescência geralmente ocorre em jovens com maior vulnerabilidade social. Estima-se que o risco de morte materna aos 15 anos seja de 395 em 100 mil nascidos vivos nos países desenvolvidos e de 667 em 100 mil nascidos vivos nos países em desenvolvimento. Jovens com maior poder aquisitivo comumente permanecem maior tempo na casa dos pais, possuindo maior infraestrutura e acesso à informações, o que reduz a ocorrência de gravidez precoce.

Azevedo et. al. (2015) relatam que gestações na adolescência estão associadas a um maior risco de desenvolvimento de síndrome hipertensiva na gravidez (SHG), quadro anêmico, ocorrência de diabetes gestacional, e complicações maternas e fetais durante o parto. Além disso, uma proporção significativa dos bebês de mães adolescentes nascem com baixo peso e/ou prematuros, elevando os riscos de óbito e comorbidades nesses neonatos.

Em estudo realizado por Mwamakamba e Zucchi (2014) em um hospital brasileiro os autores verificaram que 19,63% dos recém-nascidos de mães adolescentes foram admitidos na unidade de cuidados intensivos neonatal. Destes 58% eram prematuros. De acordo com os autores, além de todo o risco para mãe e recém-nascido, a gravidez na adolescência gera ainda grande impacto financeiro no sistema de saúde, devendo por isso ser foco de ações preventivas na atenção primária à saúde. De acordo com o estudo os custos da atenção neonatal comumente variam conforme o peso ao nascer, no entanto, pelo que foi visto na literatura consultada filhos de mães adolescentes possuem maior probabilidade de nascer com baixo peso, aumentando o tempo de permanência hospitalar, e consequentemente o custo da assistência neonatal.

Segundo Martins et. al. (2014) a gravidez na adolescência constitui um grave problema de saúde pública mundial. No Brasil a gravidez na adolescência representa aproximadamente 20% das gestações anualmente, sendo causa de

maior morbimortalidade infantil e perinatal. Adolescentes com desenvolvimento corporal incompleto, principalmente no que se refere ao aparelho reprodutivo e ossos da pelve acabam apresentando maiores chances de complicações na gestação e no momento do parto. Além disso, filhos de adolescentes possuem maior chance de nascerem prematuros e com baixo peso, o que eleva o risco de comorbidades associadas aos neonatos.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente projeto de intervenção foi estruturado para ser desenvolvido em três etapas. A primeira etapa, já realizada, consistiu em uma revisão literária sobre a assistência à mulher no âmbito do SUS, sobretudo no período pré-natal. No decorrer do desenvolvimento do projeto foram levantadas duas questões principais, que acometem a UBS Cariní, a grande incidência de gravidez na adolescência e a baixa adesão das gestantes ao pré-natal.

A segunda etapa consistiu então, em elaborar estratégias que buscassem reduzir a incidência de gravidez na adolescência. A terceira etapa, por sua vez, foi elaborada buscando aumentar a adesão ao pré-natal entre as gestantes circunscritas na área de atuação da referida unidade de saúde.

As ações iniciais desempenhadas para identificação do público-alvo foram:

- Revisão dos prontuários familiares, buscando identificar mulheres em idade fértil, que não realizaram procedimentos recentes na UBS e que poderiam estar grávidas;
- Estruturação de visitas domiciliares às famílias identificadas;
- Levantamento real das gestantes existentes na área atendida pela UBS Cariní;
- Levantamento de adolescentes que poderiam ser beneficiadas com ações preventivas de gestação.

4.1 POPULAÇÃO ALVO

Após as ações iniciais verificou-se a existência de 29 gestantes que não estavam realizando o pré-natal, dentre estas, 12 eram adolescentes. Foram

identificadas também 43 adolescentes que poderiam ser beneficiadas com ações de saúde, preventivas da gravidez na adolescência.

4.2 AÇÕES DE INTERVENÇÃO

4.2.1 Reunião com Agentes Comunitários de Saúde - ACS para orientações quanto à busca ativa de gestantes e adolescentes;

4.2.2 Estruturação de Palestras voltadas às adolescentes sobre Educação Sexual, Prevenção da Gravidez na adolescência e Importância do Pré-Natal.

4.2.3 Estruturação de palestras para gestantes da comunidade abordando a importância do pré-natal, orientações quanto ao parto, amamentação e puerpério;

4.2.4 Estruturação do Projeto permanente na UBS de educação em saúde voltado para gestantes.

Segundo tal projeto, uma vez por semana haverá uma palestra temática dada por algum profissional de saúde envolvendo os temas:

- Cuidados com as mamas e amamentação;
- Cuidados com os dentes na gestação e no puerpério;
- Cuidados com a higiene do bebê;
- Importância das vacinas para a mãe e o bebê;
- Esclarecimentos sobre o trabalho de parto, parto prematuro, e orientações práticas sobre a escolha da maternidade (Informar qual hospital atende às gestantes da comunidade, etc.);
- Aula prática de como trocar fralda, dar banho, amamentação, limpeza oral do bebê, dentre outros temas (atividade extensiva aos pais).

5 CRONOGRAMA

Atividades	2016					2017	
	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.
Reunião com ACS							
Busca ativa na comunidade							
Cadastramento de Gestantes							
Palestra 1 adolescentes: Educação Sexual							
Palestra 1: Gestantes (Importância do Pré-natal)							
Palestra 2 adolescentes: Prevenção da gravidez na adolescência							
Palestra 2 Gestantes: Trabalho de Parto e Parto							
Palestra 3 adolescentes: Gravidez na adolescência e importância do Pré-natal							
Palestra 3 gestantes: puerpério e amamentação							
Estruturação do Projeto Permanente na UBS							

6 RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

- Médico da Estratégia de Saúde da família;
- Agentes Comunitários de Saúde;
- Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família.

6.2 RECURSOS FINANCEIROS

Embora a UBS Carini não possua estrutura adequada para realização das palestras e intervenções necessárias, foi utilizada a estrutura básica da referida unidade, sendo todo e qualquer custo excedente custeado pela proponente do Projeto de Intervenção.

7 RESULTADOS ESPERADOS

- Melhora da adesão ao pré-natal;
- Melhora da adesão ao AME;
- Redução da incidência de gravidez na adolescência.
- Indiretamente, através das ações de Educação em Saúde estruturadas, espera-se ainda a redução da incidência de Doenças Sexualmente Transmissíveis entre os jovens e população assistida pela UBS Carini.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Solange Duarte de Mattos; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 7, n. 1, p. 22-35, Mar. 2004 .
2. AZEVEDO, Walter Fernandes de et al . Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. Einstein (São Paulo), São Paulo , v. 13, n. 4, p. 618-626, dez. 2015 .
3. BECKER, D. O que é adolescência. São Paulo: Brasiliense, 2003. 98p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília, 1984.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher 10 a 13 de outubro de 1986: relatório final. Brasília: Imprensa Nacional, 1987.
6. BRASIL; Ministério da Saúde -BR. Lei 8080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília, COSAC, 1994.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
10. BRASIL; Ministério da Saúde -BR, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções Técnicas para sua Organização. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Nutrição Infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Caderno de Atenção Básica n. 23. Brasília – DF, 2009.
12. BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

13. COSTA, A. M; BAHIA, L. CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. Saúde em Debate, v.31, n.75/76/77, p.13-24, 2007.
14. COUTINHO, Luciana G. Adolescência e trauma: a questão do “agir” adolescente na contemporaneidade. In: APPOA. Adolescência: um problema de fronteiras. Porto Alegre: Comissão de Aperiódicos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2004. 236 p.
15. DAVIM, R.M.B. et al. Orientações no pré-natal quanto ao trabalho de parto: benefícios às parturientes. Nursing, v.6, n.57, p.18-25, 2003.
16. FERRAZ, N.S.; LIPPI, U. G. A percepção das usuárias nas consultas médicas e de enfermagem durante o pré-natal no Programa de Saúde da Família. Saúde Coletiva, v.6, n.3, 2009.
17. GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia da saúde da família. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.15, n.4, p.645-53, 2006.
18. GIFFIN, Karen Mary. Mulher e saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 7, n. 2, p. 133-134, June 1991 .
19. JORGE, Maria Helena Prado de Mello et al . Características das gestações de adolescentes internadas em maternidades do estado de São Paulo, 2011. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 23, n. 2, p. 305-316, jun. 2014.
20. LEITE, A.C. N. M. T.; PAES, N. A. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, v.16, n.3, p.705-714, 2009.
21. MARTINS, L.M.P.; ARANTES, S. L. Assistência materna na ótica das puérperas usuárias do SUS no município de Dourados-MS/Brasil . Nursing, v.13, n.152, 2011.
22. MARTINS, Paulo Cezar Rodrigues et al . Gravidez na adolescência: estudo ecológico nas microrregiões de saúde do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil - 2008.Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 23, n. 1, p. 91-100, mar. 2014.
23. MORAIS, M. A. Contribuição do pré-natal pelas equipes de saúde da família na redução da mortalidade infantil e materna. Universidade Federal de Minas Gerais: Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Formiga, 2011. 32f.
24. MWAMAKAMBA, Lutufyo Witson; ZUCCHI, Paola. Estimativa de custo de permanência hospitalar para recém-nascidos prematuros de mães adolescentes em um hospital público brasileiro. Einstein (São Paulo), São Paulo , v. 12, n. 2, p. 223-229, jun. 2014 .
25. NASCIMENTO, K. C. et. al. A arte de planejar: experiência de cuidado das pateiras tradicionais de Envira/AM. Esc. Anna Nery, v.13, n.2, 2009.
26. OLIVEIRA, Carolina Sampaio de et al . Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 16-23, 2015 .
27. PACHECO, M.V. A. Racismo, machismo e planejamento familiar. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1981.
28. PARIZ, J. ; MENGARDA, C. F. ; FRIZZO, G. B. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. Saúde e Sociedade. São Paulo , v. 21, n. 3, set. 2012 .

29. PONTES, Aline Micely et. al. As repercussões do aleitamento materno exclusivo em crianças com baixo peso ao nascer. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 354-361, abr./jun. 2013.
30. SAITO, M. I. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. Pediatria, v.22, n.3, p.217-219, 2000.
31. SANTOS, J. Assistência à saúde da mulher no Brasil: aspectos de uma luta social. In: 2ª Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2005, São Luís, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, p.1-9, 2005.
32. SILVA, J.M. et al. Consulta de enfermagem pré-natal e educação em saúde: prática do enfermeiro no Programa Saúde da Família. Nursing, v.12, n.143, p.170-174, 2010.
33. VIEIRA, Sarah Aparecida et al . Fatores associados às velocidades de ganho de peso e de comprimento nos primeiros seis meses de vida. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro , v. 23, n. 3, p. 309-315, Sept. 2015 .