



ANISLEIDY ARGUELLES ALONSO

**MELHORIA DA SAÚDE DAS GESTANTES E PUÉRPERAS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DE FAMÍLIA 3 E 4 DO MUNICÍPIO DE CRISSIUMAL / RS.**

CRISSIUMAL

2018



ANISLEIDY ARGUELLES ALONSO

**MELHORIA DA SAÚDE DAS GESTANTES E PUÉRPERAS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DE FAMÍLIA 3 E 4 DO MUNICÍPIO DE CRISSIUMAL / RS.**

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: Lucas Mello Pioner

CRISSIUMAL

2018

RESUMO

Por meio do diagnóstico situacional da ESF 3 e 4 do município Crissiumal do ano 2017 foram identificados os seguintes problemas de saúde: em relação aos indicadores demográficos é relevante apontar que está acontecendo um processo de envelhecimento da população, alta prevalência na área das doenças crônicas não transmissíveis, doenças mentais, assim como alta taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares sendo estas a principal causa de morte do município Crissiumal. Adunque no município a taxa de natalidade es baixa, atualmente com solo 60 gestantes, 20 delas moram na área de abrangência da ESF 3 e 4 e o acompanhamento destas e das puérperas é uma das principais deficiências na unidade, tendo em conta essa situação consideramos importante dirigir o Portfólio Final como uma ferramenta em busca de melhorar e qualificar a atenção destas pacientes, e obter resultados para incentivar sua aplicação nas outras unidades de saúde do referido município. Para tanto o presente trabalho executa suas ações através do Guia de Pré-natal e puerpério com estratégias de captação voltadas para a realidade populacional da aplicação do projeto.

Descritores: Atenção Primária, Gravidez, Pré-natal, Promoção da Saúde, Saúde da família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	9
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	16
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	20
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXO: PROJETO DE INTERVENÇÃO	29

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Anisleidy Arguelles Alonso, médica cubana, graduada pela Universidade de Ciências Médicas Dr. Serafin Ruiz de Zárate Ruiz, de Villa Clara. Cuba, no ano 2009, fiz a especialidade em medicina geral integral (médico da família) na mesma universidade e depois uma pós-graduação em urgência e emergência de adultos, trabalhei na atenção primária de saúde por três anos, em uma comunidade do interior de meu município em Cuba, e 4 anos na Venezuela. Em dezembro de 2016, cheguei ao Brasil como membro do Programa Mais Médico e desde então estou trabalhando no município de Crissiumal, atuando na área de Estratégia da Saúde da Família (ESF 3 e 4).

Crissiumal é um município do estado Rio Grande do Sul, conhecido como Cidade Gaúcha das Agroindústrias, localizado na mesorregião noroeste e na microrregião de Três Passos, com uma área de 363,106 km². O relevo apresenta-se desde suavemente ondulado, até fortemente ondulado e montanhoso mais para os territórios perto do Rio Uruguai. Tem um clima subtropical úmido onde se apresentam as quatro estações bem definidas. Tem uma população estimada de 14.233 habitantes, muito religiosa, sua maioria católica, descendentes de alemães e italianos. O setor primário da economia é a agricultura, com a soja como principal cultivo, setor secundário a pecuária e o terciário da economia relacionado a serviços. (1)

O sistema de saúde do município é formado por cinco ESF's, cada uma com sua equipe de trabalho. Além disso, possui uma unidade de saúde que fica localizada no interior do município, onde são realizados atendimentos uma vez na semana. Possui duas clínicas privadas, além do Hospital de Caridade, que presta atendimentos de urgências e emergências, com 55 leitos para internação, além de servir de referência para os municípios da região quando se trata de traumatologia, estando capacitado para a realização de cirurgias gerais e partos. Quando se refere à distribuição de medicamentos, a cidade conta com o Programa de Farmácia Popular, além da assistência farmacêutica que é financiada pela Secretaria Municipal de Saúde, a qual está centralizada dentro de uma das ESF's, mas que serve de referência para todas. Quanto ao serviço de laboratório, o município tem três laboratórios clínicos e uma clínica de imagiologia, os quais são conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde e prestam serviços à população. (1) A ESF 3 e 4, onde eu trabalho, fica na cidade de Crissiumal e tem atualmente uma população abrangente

de 4609 habitantes. Temos também um posto localizado no interior do município na fronteira com Tiradentes do Sul e Argentina, nas margens do rio Uruguai, onde realizamos consultas uma vez por semana, cobrindo uma população de 2.100 habitantes, distribuída em 26 comunidades, a maior parte deles é de descendência alemã. A principal atividade econômica desenvolvida é a agricultura predominando a plantação de soja, fumo, milho e trigo assim como a criação de gado e produção de leite de vaca.

A área é identificada no município como a mais desprovida economicamente, com uma população bem humilde e muitos problemas sociais. Contamos com sete escolas de ensino fundamental, não temos creche e várias associações comunitárias como: Projeto Maria que é uma associação de mulheres do interior que realizam artesanatos, e são beneficiadas com palestras sobre saúde e o Sindicato dos Trabalhadores Rurais que tem o intuito de defender os direitos dos trabalhadores rurais.

A população idosa é predominante, porém, tem uma baixa natalidade. Predominam as doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial e as doenças de saúde mental, com aumento nos últimos anos de pacientes com câncer e grande quantidade de pessoas fumantes. Os casos mais atendidos são as doenças cardiovasculares como hipertensão arterial, seguida de doenças respiratórias e de saúde mental. Existe uma atenção integral do paciente com interação entre os diferentes membros da equipe para o cuidado da saúde deste.

A equipe de saúde está composta por: 9 agentes comunitários de saúde (ACS), uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, uma dentista, e uma auxiliar de saúde bucal e a médica. A ESF tem uma alta demanda de paciente diariamente, são agendados 10 pacientes, outros 17 são atendidos pela demanda espontânea e outros 3 são para casos emergenciais, isso varia de acordo com a demanda e disponibilidade do médico. A enfermeira trabalha também com a demanda espontânea e demais procedimentos cabíveis à mesma. A dentista atende um total de 14 pacientes por dia.

Projeto de intervenção.

Tema: Melhoria da saúde das gestantes e puérperas da Estratégia de Saúde de Família 3 e 4 do município de Crissiumal/RS.

Justificativa do projeto: Mantemos um total de 20 gestantes e 2 puérperas, com acompanhamento na unidade, com uma porcentagem de 90% das consultas iniciadas no primeiro trimestre da gravidez. As consultas de pré-natal e puerpério são agendadas, sempre nas quintas feiras de manhã, de acordo como indica o Caderno de atenção básica do pré-natal (até 28ª semana – mensalmente; da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana – semanalmente). Oferece-se uma atenção diferenciada às gestantes e puérperas, onde se discute temas de interesse na sala de espera antes das consultas. (2)

Quando se refere à qualidade das consultas na unidade de saúde, ainda se encontram algumas dificuldades, pois é necessário que todas as gestantes da área de abrangência sejam cadastradas, mantendo o melhor controle das mesmas, além de que os profissionais que realizam o acolhimento às gestantes se aprofundem mais no atendimento do pré-natal de baixo risco.

As ações desenvolvidas na unidade de saúde são: sinais vitais e sintomas, estímulo ao aleitamento materno, preparo adequado das mamas, avaliação do estado nutricional e o ganho de peso, orientação alimentar, prescrição de suplementos vitamínicos, postura, conforto, sono, repouso, sexualidade, cuidados sobre saúde bucal, preparo para o parto, aspectos psicológicos da família da mulher grávida e puérpera, calendário de vacinas e exames complementares, teste do pezinho depois de nascido o bebê, e outros temas, como o padrão contrátil normal, exame citopatológico, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, práticas de atividade física, visitas domiciliares, palestras e temas de interesse que esclareçam as dúvidas, além das queixas que as gestantes possuem.

Possuímos na ESF uma sala de vacina, onde trabalha uma técnica de enfermagem que oferece atendimento às gestantes e puérperas (população do meu foco de investigação). Além disso, um médico que garante os atendimentos ao grupo em estudo, uma nutricionista, uma psicóloga, uma dentista, uma assistente social, e uma técnica de enfermagem que realiza a triagem. Os locais de atendimentos estão disponibilizados com informatização, climatização, equipamentos básicos, carteirinhas para gestantes, prontuários e normas do Ministério da Saúde para o tratamento das gestantes e puérperas.

Temos limitações, por exemplo: na minha unidade tem áreas desprovidas de ACS, as gestantes e puérperas moram longe da unidade de saúde, tendo que percorrer quase 20 km para realizar o acompanhamento médico, o que dificulta a

nossa pesquisa de busca ativa de novas gestantes e acompanhamento. Não é de costume fazer visitas domiciliares às gestantes e puérperas para conhecer o modo de vida destas e atuar sobre os fatores de risco modificáveis; além de não realizar a captação da puérpera na primeira semana, o que facilita que muitas mulheres acabam não recebendo atendimento durante o puerpério. A enfermagem não realiza consulta de pré-natal, todas são feitas somente pelo médico. Os cirurgiões-dentistas não acompanham as mulheres durante a gestação. Não temos na unidade de saúde teste rápido para gravidez, sífilis e HIV há mais ou menos oito meses.

Penso que com o projeto de intervenção que vai ser desenvolvido na unidade de saúde, todos os profissionais estarão inseridos e juntos trabalharemos para realizar um melhor atendimento às gestantes e puérperas, sendo um trabalho mais humanizado e qualificado, além de focar na melhora dos indicadores de saúde de mortalidade materno-infantil e de doenças que podem ser previsíveis no período fetal.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO: ESF 3 e 4

ANAMNESE:

- Identificação
- Nome: OBS.
- Idade: 62 anos
- Sexo: masculino
- Escolaridade: Ensino Médio incompleto.
- Religião: Católico.
- Estado civil: Casado
- Profissão: Aposentado.

- Naturalidade: Crissiumal. Rio Grande do Sul.
- Residência Atual: Esquina Gaúcha.
- Queixa principal: Dor de cabeça.

Historia da doença atual:

Primeira Consulta Médica (12/10/2017): Paciente de 62 anos de idade com antecedentes de hipertensão arterial há 20 anos, com tratamento contínuo com Captopril (25 mg) 1 comprimido 2 vezes ao dia, chega à consulta relatando que faz 2 semanas que apresenta dor de cabeça em região da testa e temporal que irradia para o pescoço, acompanhado de tonturas, ruídos nos ouvidos e muitas vezes dificuldade para dormir, alivia em ocasiões quando toma analgésicos. Relata também que se sente deprimido porque faz um mês que sua única filha faleceu num acidente de trânsito e fica muito triste.

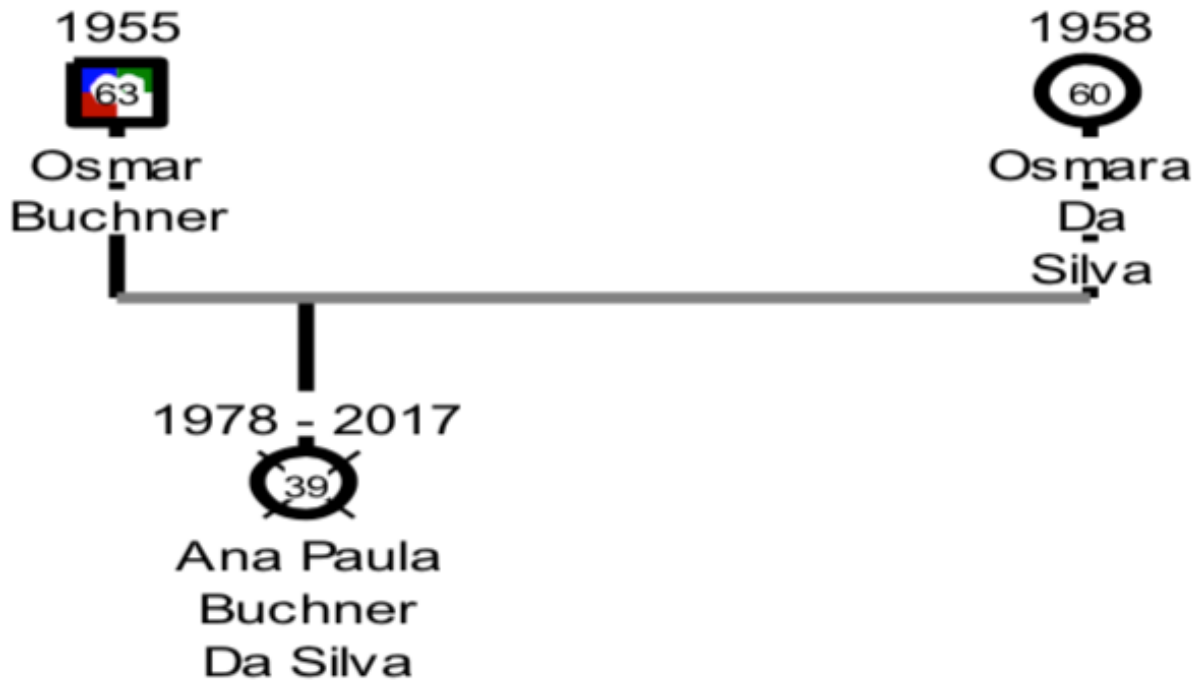
Interrogatório sintomatológico

Sintomas Gerais: Cabeça e Pescoço: cefaleia em região frontal e temporal, que irradia para o pescoço, alivia em ocasiões quando toma analgésicos, acompanhado de tonturas, zumbido nos ouvidos. Sistema nervoso: insônia, cefaleia. Antecedentes pessoais:

- Fisiológicos: Nascido de parto eutócico, extra-hospitalar é o 1er filho de 5 filhos, um irmão e 3 irmãs.
- Patológicos: Doenças da infância: (Catapora, Caxumba).
- Antecedente Cirúrgico: Cirurgia de hérnia inguinal faz 10 anos.
- Medicamentos em uso: Captopril (25 mg) 1 comprimido 2 vezes ao dia.

Antecedentes Familiares: pai falecido há 15 anos de IMA, mãe falecida há 5 anos de acidente vascular cerebral (AVC), 2da irmã com hipertensão arterial sistêmica em tratamento, 4ta Irmã com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Figura 1 - Genograma (Nomes fictícios)



Condições de Vida: Alimentação: predominantemente carboidrato, carnes vermelhas, gorduras e pouca fruta e verduras. Habitação: vive com sua esposa no interior do município numa casa de madeira, com dois quartos, uma sala, uma cozinha e um banheiro. Água encanada. História ocupacional: trabalhou por 30 anos como agricultor. Atividades físicas: Sedentário. Vícios: Tabagismo. Condições socioeconômicas: a renda familiar é de um salário mínimo (aposentado). Vida conjugal e ajustamento familiar: Matrimônio de 40 anos. Filha falecida faz 1 mês em acidente de trânsito.

Exame físico:

Somatoscopia: Paciente em regular estado geral, lúcido e orientado no tempo e espaço, facie depressiva, fala e linguagem típica, biótipo breviféneo, atitude voluntária, mucosas coradas, anictérica, acianótica, hidratada (+/4+), afebril ao toque. Sinais Vitais: Temperatura: 36,5°C, PA: 160/100 mmHg, FC: 92 bpm, FR:20rpm.

Medidas Antropométricas: Peso: 95 kg, Altura: 1,65 cm. Estado Nutricional: IMC (Índice de Massa Corporal): 34.9 (Obeso). Perímetro da cintura: 85 cm.

Cabeça e pescoço: Simétricos, sem deformidades aparentes, pulsos carotídeos normais, ausência de linfomegalias retroauriculares e cervicais, tireoide de consistência, mobilidade e tamanho preservados. Orofaringe sem sinais

inflamatórios. Tórax: Inspeção: tórax típico, simétrico; respiração torácica, eupneia, amplitude normal, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes e tiragem. Palpação: expansibilidade normal; frêmito tóraco-vocal sem alterações. Percussão: sem alterações. Ausculta pulmonar: Murmúrio Vesicular normal, não tem estertores, sem ruídos agregados. Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos.

Abdome: Inspeção: Globuloso, cicatriz inguinal esquerda, ausência de circulação colateral. Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais. Percussão: timpânico, espaço de traube livre. Palpação: Não doloroso a palpação superficial e profunda, com ausência de visceromegalias e/ou massas.

Extremidades: Simétricas, sem presença de edema, ausência de vasos dilatados. Palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos sincrônicos.

Hipótese diagnóstica: Hipertensão Arterial Descompensada. Transtorno de Depressão. Obesidade Estádio 1.

Conduta: Orientação geral e educativa sobre a importância do cumprimento das orientações médica. Alimentação saudável, rica em frutas e vegetais, baixa em gordura. Redução de peso, evitar o sedentarismo. Atividade física: caminhar por 30 minutos pelo menos 3 vezes da semana. Evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Eliminar o tabagismo.

Estabelecer metas de controle de PA, de controle de peso em conjunto com o paciente. Monitorização Residencial da Pressão Arterial durante 7 dias.

Indico exames: Hemograma, Hematócrito, Glicemia de jejum, Colesterol Total, LDL, HDL e Triglicerídeos, TGO, TGP, Creatinina, Albumina, Ureia, Ácido Úrico, PSA, Exame qualitativo de urina, Fundo do olho, ECG convencional, Ultrassonografia do Aparelho Urinário, Radiografia de Tórax AP e Lateral.

Tratamento medicamentoso: Captopril (25 mg) 1 comprimido 2 vezes ao dia. Hidroclorotiazida (25 mg) 1 comprimido de manhã. Diazepam (10 mg) 1 comprimido à noite. Consulta agendada.

Segunda consulta (Dia 14/11/2017): Paciente que relata sentir-se melhor refere que está conciliando melhor o sono, mais em ocasiões desperta-se 3 ou 4 da manhã e não pode dormir de novo e pensa muito em sua filha que faleceu. Alimenta-se bem, faz necessidades fisiológicas normais, mais em ocasiões não lembra de tomar o

tratamento. Apresenta exames laboratoriais: hemograma: 14,3 g/dl, hematócrito 43,0%, colesterol total: 280 mg/dl, triglicérides: 330 mg/dl, ácido úrico: 5,1 U/L, ureia: 36mg/dl, glicemia de jejum: 80 mg/dl, TGO: 34 U/L, TGP: 29 U/L, creatinina: 0,90mg/dl, albumina: 4 g/dl, exame qualitativo da urina: cristais de oxalato de cálcio, PSA:1,93ng/dl, fundoscopia: signos de retinopatia hipertensiva, ECG: signos de taquicardia sinusal e hipertrofia ventricular esquerda, radiografia do tórax: sem evidência de alterações, ultrassonografia do aparelho urinário: sem alterações.

Exame Físico Significativo: Peso: 93,5 kg.PA: 150/90 mmhg.

Conduta

Orientações gerais:

- Explico a importância de fazer adequadamente o tratamento para prevenir complicações e outras doenças.
- Importância de fazer atividade física 3 ou mais vezes na semana como caminhar.
- Evitar o consumo de bebidas alcoólicas e eliminar o tabagismo.
- Acrescento ao tratamento: Sinvastatina (20mg) 1 comprimido de noite por 6 meses.

Plano

- Visita domiciliar para avaliar estilo e modo de vida. Calcular risco cardiovascular.
- Discutir caso com a nutricionista do NASF para prescrição dietética.
- Depois de identificada a necessidade de ampliar e compartilhar nosso atendimento para melhorar nossa conduta, foi ativado a nossa rede de atenção especializada e dessa forma foi realizada uma visita conjunta com o psicólogo.
- Incorporamos o paciente ao grupo de Hipertensos e de Saúde mental de nossa unidade para fazer atividades do grupo, compartilhar outras vivências e melhorar sua qualidade de vida.

Discussão do caso: Trata-se de um paciente com hipertensão arterial estágio 2, levando em consideração que apresenta PA de 160/100 mmHg, com risco cardiovascular alto pois apresenta lesão de órgão-alvo (ECG: signos de taquicardia sinusal e hipertrofia ventricular esquerda e signos de retinopatia hipertensiva) na avaliação do risco adicional no hipertenso e vários fatores de risco cardiovascular como: sexo masculino, idade ≥ 55 , história de doença cardiovascular prematura em parentes de 1º grau, tabagismo, dislipidemia : colesterol total > 190 mg/dl e/ou \circ LDL-colesterol > 115 mg/dl e/ou \circ HDL-colesterol < 40 mg/dl \circ Triglicérides > 150 mg/dl, obesidade \circ IMC ≥ 30 kg/m² \circ CA ≥ 102 cm.(3)

Decisão e Metas terapêuticas: Na abordagem deste paciente, hipertensos estágios 2, de alto risco e portador de risco cardiovascular estimado alto, está indicado iniciar de imediato o tratamento medicamentoso associado à terapia não medicamentosa. (4-5) Estudos com fármacos anti-hipertensivos, a maioria realizada com esse perfil de pacientes, demonstraram eficácia na redução da PA e proteção cardiovascular. (6) Admite-se que neste caso a terapia não farmacológica isoladamente não possa promover reduções da PA suficientes para alcance da meta pressórica recomendada (a meta deve ficar numa faixa mais estreita de segurança $< 130/80$ mmHg, mas não $< 120/70$ mmHg). (4-7). Embora o benefício absoluto da terapia seja maior nos estágios 2, também aumenta o risco residual devido à frequente presença e influência de outros fatores de risco, neutralizando parte desse benefício. Essa observação reforça a importância de se abordar o risco cardiovascular de forma global. (5-6)

Conhecendo que os diuréticos são os fármacos que apresentam mais evidências de efetividade com relação aos desfechos cardiovasculares, com claros benefícios para todos os tipos de eventos, decidi incorporar ao tratamento do paciente um diurético tiazídico (Hidroclorotiazida) para este paciente. (3)

Tratamento não medicamentoso: O tratamento não medicamentoso (TNM) da hipertensão envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros. O Sr. OBS tem IMC 34.9 e perímetro da cintura: 85 cm pelo que segundo OMS está obesa. É conhecido que o sobrepeso, está diretamente relacionado ao aumento da PA, e que reduções de peso e de CA se correlacionam com reduções da PA e melhora metabólica. (4-8). É por isso que a prática regular de atividade física pode ser benéfica

tanto na prevenção quanto no tratamento da HA, reduzindo ainda a morbimortalidade cardiovascular. Indivíduos ativos apresentam risco 30% menor de desenvolver hipertensão arterial que os sedentários. (9-10)

O paciente tem uma alimentação rica em carboidratos, carnes vermelhas e gorduras e baixa em frutas e verduras, é conhecido que o consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura; inclui a ingestão de cereais integrais, frango, peixe e frutas oleaginosas, rica em potássio, cálcio, magnésio e fibras, e contém quantidades reduzidas de colesterol, gordura total e saturada. A adoção desse padrão alimentar reduz a PA. (5) O Senhor é fumante, o tabagismo aumenta o risco para mais de 25 doenças, incluindo a doença cerebrovascular. (11-12). Além disso, o hábito de fumar apontado como fator negativo no controle de hipertensos. (13)

A atenção numa abordagem multiprofissional tem como objetivo principal o controle da hipertensão, estudos de base epidemiológica feitos em 100 municípios e a cidade de São Jose Rio Preto, estado de São Paulo, em microrregiões do Rio Grande do Sul, na cidade de Tubarão e Santa Catarina, demonstraram variação de 10% a 57,6% nesse controle. A atuação da equipe multiprofissional promove melhor controle da HA o que está diretamente relacionada ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidem com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, músico terapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde.(14-15)

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

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem publicado uma nova série de recomendações para melhorar a qualidade da atenção pré-natal com o objetivo de reduzir o risco de mortes pré-natais e complicações da gravidez, bem como para oferecer às mulheres uma experiência positiva durante a gestação. Como exemplos de recomendações se incluem:

O modelo de atenção pré-natal com um mínimo de oito contatos recomendado para reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência das mulheres com a atenção. O assessoramento sobre os hábitos de alimentação saudáveis e a manutenção da atividade física durante a gravidez.

A administração diária por via oral às grávidas de um suplemento que contenha entre 30 e 60 mg de ferro elementar e 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico para prevenir a anemia materna, a sepses puerperal, a insuficiência ponderal ao nascer e o parto prematuro. A vacinação com anatoxina tetânica para todas as grávidas, em função de sua exposição anterior a esta vacina, para prevenir a mortalidade neonatal por causa do tétano.

A realização de uma ecografia antes das 24 semanas de gestação, para estimar a idade gestacional, melhorar a detecção de anomalias fetais e gravidezes múltiplas, reduzir a indução do parto em gravidezes prolongadas e melhorar a experiência da gravidez nas mulheres. A obtenção de informação da grávida sobre seu consumo de álcool e outras substâncias (anterior e atual) o antes possível na gravidez e na visita pré-natal. (2)

No Brasil tem protocolado 10 passos para avaliar a qualidade do pré-natal na Atenção Básica: 1° PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce). 2° PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal. 3° PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal. 4° PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes". 5° PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário. 6° PASSO: É direito do (a)

parceiro (a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do (a) parceiro (a)". 7° PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário. 8° PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto". 9° PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação). 10° PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal. (16)

Quando eu comecei a trabalhar na ESF 3 e 4, do município Crissiumal, fiquei impressionada com a dificuldade para o atendimento Pré-natal. Por isso, me propus atender todas as gestantes para reorganizar e fortalecer o atendimento deste grupo especial. A primeira atividade foi estabelecer um vínculo com minha equipe de saúde, organizamos reuniões para planejar o cronograma de trabalho do acompanhamento do pré-natal. Capacitamos a equipe sobre os protocolos de atendimento deste grupo priorizado e revisamos e atualizamos os cadastros das gestantes de cada micro-área. Por meio das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, identificamos as mulheres que haviam terminado a gestação, as gestantes que estavam recebendo atenção em outros lugares e a pesquisa ativa das mulheres grávidas que ainda não tinham começado o Pré-natal ou que haviam abandonado.

A partir disso comecei a organizar os prontuários que ficam na unidade de saúde, fazendo uma revisão exaustiva deles e das cadernetas das gestantes para ter uma ideia da situação real do atendimento de cada uma delas. Cadastramos até 20 gestantes no total.

Identifiquei problemas nas gestantes locais como, por exemplo: começo tardio do atendimento ao pré-natal; baixo índice de consultas pré-natais; alta incidência de gestantes adolescentes; dificuldades para a realização dos exames laboratoriais, pois algumas gestantes não tinham realizado nenhum exame, outras só fizeram no primeiro trimestre; avaliação incompleta das gestantes na maioria das vezes sem atendimento pela enfermeira; nenhuma participação dos parceiros nas consultas e não realização de exames do mesmo; cadernetas de gestante com informações incompletas; gestantes sem vacinas, sem atendimento odontológico; pouco nível de conhecimento sobre a gestação e seus riscos, entre outras dificuldades.

Algumas gestantes estavam verdadeiramente afastadas do pré-natal e somente procuravam atendimento quando achavam que alguma coisa não estava

acontecendo com normalidade ou para procurar requisição de ultrassonografia.

Temos grupos de gestantes onde explicamos a importância do acompanhamento pré-natal, da realização dos exames nos três trimestres da gestação, das vacinas, do atendimento odontológico, da alimentação adequada durante a gravidez e a suplementação vitamínica, além da necessidade de incluir aos seus parceiros nas consultas agendadas. Todas as consultas são feitas com a regularidade estabelecida pelo ministério da saúde, logrando uma correta e integral avaliação e um adequado preenchimento da caderneta da gestante. As nossas gestantes já têm estabelecida a inter-relação com o dentista do posto de saúde e recebem um atendimento ótimo. As vacinas estão atualizadas. Elas recebem a visita periódica dos ACS para avaliar sua situação e quando for preciso, também a visita do restante da equipe.

As gestantes são avaliadas com Ginecologistas do município, sempre que apresentam alguma alteração na gravidez ou esta seja de alto risco, e quando chegam as 36 semanas todas as consultas são feitas pela especialista, a qual a acompanha até o momento do parto. Além disso, sempre encaminhamos às gestantes para as especialidades que precisam.

É muito importante mencionar as doenças crônicas associadas à gestação. Por exemplo, temos duas gestantes de alto risco por Hipertensão Arterial Sistêmica crônica que tem acompanhamento no CAISM. Elas recebem atendimento lá, mas também são acompanhadas na nossa unidade de saúde.

As gestantes são avaliadas com Ginecologistas do município, sempre que apresentam alguma alteração na gravidez ou esta seja de alto risco, e quando chegam as 36 semanas todas as consultas são feitas pela especialista, a qual a acompanha até o momento do parto. Além disso, sempre encaminhamos às gestantes para as especialidades que precisam.

É muito importante mencionar as doenças crônicas associadas à gestação. Por exemplo, temos duas gestantes de alto risco por Hipertensão Arterial Sistêmica crônica que tem acompanhamento no CAISM. Elas recebem atendimento lá, mas também são acompanhadas na nossa unidade de saúde.

Reflexão: O atendimento ao pré-natal continua sendo um desafio muito grande para o sistema de saúde do Brasil. Além dos esforços realizados pelas instituições da atenção primária, ainda existem muitas dificuldades para oferecer uma atenção de alta qualidade. Temos dificuldades que não dependem da nossa vontade de trabalhar e que finalmente incidem de forma negativa para um correto desenvolvimento das atividades de saúde.

Agora, a atenção pré-natal que realizamos em nossa unidade de saúde tem implícitos os atributos da atenção primária e também garantimos a realização de ações de promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação. Além disso, sempre levamos em conta os objetivos da rede Cegonha, que tem entre seus principais componentes a atenção ao pré-natal, não somente como um processo biológico, mas também como um processo permanente de educação em saúde.

Na unidade de saúde não temos as condições estruturais adequadas, transporte deficiente, preconceito com os serviços de saúde da atenção primária por parte da população, falta de insumos, entre outros.

Nossa equipe está composta por profissionais capacitados e qualificados, temos o apoio do município para resolver muitos dos problemas: desconhecimento do programa, preconceito com os serviços públicos, medo, violência doméstica, desinteresse da gestante, os distúrbios emocionais e mentais, o difícil acesso às unidades de saúde pela localização geográfica. Em fim, brindamos um atendimento de melhor qualidade e mais integral que o anterior.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A visita domiciliar nos permite realizar um conjunto de ações de forma sistemática para facilitar a atenção de pessoas com alterações no estado de saúde, seja de natureza física ou emocional, como também para desenvolver atividades relacionadas aos diferentes programas de saúde. Durante a avaliação na visita domiciliar, a Equipe de Saúde da Família (ESF) pode solicitar a intervenção da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) se for necessário. São responsabilidade da ESF os encaminhamentos e acompanhamentos sistemáticos de cada situação encontrada no domicílio assim como pela articulação da referência e da contra-referência. (17-18)

Em nosso município a visita domiciliar é uma das ações fundamentais que realizamos a equipe de saúde da família, sendo de muita importância, neste momento descobrimos o modo de vida de nossos pacientes, o ambiente em que vivem, suas relações interpessoais, seus problemas sociais e emocionais, determinamos os fatores de risco individuais e familiares, estimulamos e controlamos a adesão ao tratamento medicamentoso ou não, incentivando práticas de autocuidado, aumentando o vínculo entre a família e equipe. Eu considero que para lograr o vínculo com os pacientes é fundamental a forma em que avaliamos, entendemos e orientamos as situações que acontecem em sua vida, em suas relações familiares, é aqui que a ferramenta principal é atuação profissional de nos na visita domiciliar. (19)

No caso de pacientes com deficiência motora, são os mais beneficiados com as visitas domiciliares, pois nos permite realizar consultas em casa, evitando seu traslado, complicações e agravamentos e facilitando a independência e autonomia do indivíduo e da família. Isso facilita a conduta médica assim como visar à realidade existente no ambiente familiar e englobar todos os problemas em seu contexto somático e psicossocial, através de um tratamento adequado e a adoção de medidas preventivas mediante atividades promocionais e de prevenção à saúde. (20)

Trabalho no ESF 3 e 4 faz um ano e seis meses, a primeira ação desenvolvida foi estabelecer uma organização do agendamento das visitas domiciliares, priorizando os pacientes com doenças crônicas, incapacidades e os idosos. A reunião da equipe foi essencial para o planejamento das visitas domiciliares. Foi solicitado aos ACS que fizessem uma lista dos pacientes da sua área com doenças crônicas não transmissíveis, idosos que moravam sozinhos, incluindo também os pacientes com

deficiências mentais, físico-motoras e doentes em estágio terminal. Desta forma fomos priorizando os pacientes e as famílias para que todos fossem incluídos nas visitas domiciliares, a programação fica estabelecida em períodos de 15 dias, mensal, trimestrais e quadrimestrais, além disso, com os pacientes descompensados as visitas são feitas com maior frequência: diariamente pelo agente comunitário de saúde e semanalmente é realizada a visita do médico da estratégia com o ACS e enfermagem.

Este planejamento foi de suma importância e ajudou na organização e bom funcionamento das visitas domiciliares. Possibilitando acompanhar a todos os usuários que necessitavam ser visitados e estabelecendo relações de vínculo e responsabilidade entre a equipe e a população.

Durante as visitas domiciliares, o primeiro objetivo é avaliar de forma abrangente o paciente e sua família, determinar suas necessidades e oferecer a assistência necessária. Nós registramos o caso no prontuário e o genograma familiar é feito. Os planos de cuidados são desenvolvidos em conjunto com a nossa equipe e, na sua realização, envolve a família, tendo em conta o contexto socioeconômico e cultural em que são desenvolvidos, avaliando a dinâmica familiar, seus conflitos, ciclo de vida, situação de saúde que direta ou indiretamente infligem o processo de saúde-doença de cada um de seus membros, envolvendo-os na solução destes. Na sequência farei um relato de uma visita domiciliar.

No horário da tarde 13h35min horas no dia 05/04/2017, foi visitado o paciente, JDS, na residência Esquina Gaúcha. Fomos recepcionados pela empregada da casa que abriu o portão e nos dirigiu até a presença do anfitrião (paciente alvo). Paciente visitado, JDS de 71 anos, casado, com deficiência visual como consequência a complicação da Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial. Tem ensino médio incompleto, não terminou os estudos para trabalhar a tempo completo por dificuldades econômicas e familiares decorrentes do casamento. Faz 5 anos que não trabalha pelo motivo da perda da visão, mas tem pensão e tem 4 filhos adultos: 3 mulheres e 1 homem, muito preocupados e ajudam economicamente nos gastos da casa, a mais jovem, Celi de 38 anos é solteira e mora com ele.

Impressão do paciente sobre a sua situação de saúde, expectativas: JDS tem consciência de seu estado de saúde, a perda da visão dificulta seu desenvolvimento na casa e impossibilita trabalhar, mas ainda pode fazer algumas atividades da vida diária como tomar banho, vestir-se, alimentar-se com ajuda da cuidadora. Apesar de sua deficiência visual ele é uma pessoa ativa, alegre e conta com o apoio e carinho

dos familiares e sente-se muito feliz quando fica com seus netos. Queixas do Momento: Relata que se sente bem da hipertensão, mas em consequência da Diabetes Mellitus tem lhe causado a perda da visão o que incapacitou de fazer suas atividades laborativas como agricultor. Além disso, em ocasiões sente dor nas articulações e formigamento nas pernas.

Exame Físico: Pessoa aparentemente saudável, hidratado e afebril ao toque com bom estado geral. Pele: Turgência normal, não tem lesões na pele nem verrugas. Mucosa: colorida e anictérica. Sistema respiratório: Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular normal, sem ruídos agregados. Frequência respiratória 20 rpm. Sistema cardiovascular: Ausculta cardíaca com ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros. Frequência cardíaca 83bpm. PA 130/80 mmhg. Sistema arterial periférico: Pulsos periféricos tibiais posteriores e pédicos presentes e sincrônicos. Sistema venoso: Não tem circulação colateral, não tem varizes nem microvarizes. Abdômen: Plano, ausência de circulação colateral, não tem dor à palpação, com ausência de visceromegalias e massas tumorais. Ruídos hidroaéreos normais. Sistema nervoso: Orientado em tempo espaço e pessoa, não tem déficit motor, linguagem clara e coerente. Pés: falanges normais e unhas sem alterações. Não tem micose.

Tratamento atual: Faz uso de Metformina (500mg) 1 comprimido 7 am e 7 pm, Captopril (25 mg) 1 comprimido 3 vezes ao dia e Hidroclorotiazida (25mg) 1 comprimido ao dia. Todos os medicamentos acima citados são adquiridos por receita médica, na TCHE Farmácia, pelo Programa Farmácia Popular.

Situação de Saúde e de Vida: A família parece que tem bom poder aquisitivo, José relata que todos seus filhos trabalham e os ajudam economicamente. Tem dois carros na garagem e sua filha usa um diariamente. Seu filho João tem 46 anos, é engenheiro e trabalha em uma companhia, ele visita seu pai quase todos os dias, pois mora perto e é preocupado por comprar os medicamentos que JDS precisa. Celi é a responsável pela alimentação e cuidados na casa. Janete a cuidadora é organizada, responsável e cumpre com os horários dos medicamentos e alimentação de José, ele faz suas refeições juntamente com a família, mas cuida muito de sua dieta.

Estrutura da Família: Residem no domicílio: O Sr. JDS de 71 anos, sua mulher, VDS de 67 anos e sua filha CDS de 38 anos. Alimentação: Celi é responsável pelo preparo do alimento da família e especialmente de José. José toma café de manhã às 7: 00 horas, faz refeição as 09h30min horas e 13h30min horas respectivamente, almoça às 12h30min horas e janta as 19:00 horas, com boa relação ao horário de

tomar os medicamentos. Ferramentas sociais envolvidas: Não recebe ajuda do tipo religiosa ou política. Domicílio: Casa grande de alvenaria, com três quartos: um quarto pequeno e outros dois são espaçosos e o quarto do casal tem um banheiro no interior, sala de estar, um banheiro social, cozinha, área de serviço, uma garagem e um quintal grande. O subministro da água e pelo sistema de aqueduto a água e de poço artesiano os resíduos líquidos e sólidos tem uma adequada disposição, com sistema de cloacas e coleta do lixo 2 vezes na semana, boa higiene no domicílio, o estado de conservação dos ambientes é bom. Tem um cachorro e sempre fica no pátio.

Fontes de lazer do paciente: José gosta de ficar todas as tardes no pátio e tomar chimarrão com sua esposa. Ele faz caminhadas todos os dias com a ajuda de Janete, afirma que tem muitos amigos e que recebe visita na casa constantemente, mas todos os sábados vêm seus filhos e netos e ficam muito felizes.

Metas: Relata que ele só quer saúde e cumprir com o tratamento para ficar bem. Ele se sente satisfeito com as visitas médicas e do ACS. Problemas Crônicos: Hipertensão Arterial, Diabete Mellitus tipo II, Retinopatia diabética, Osteartrose primária generalizada.

Ações da Enfermagem na Visita: A enfermagem verifica a PA e o teste de glicose rápido com os seguintes resultados: Pressão Arterial 130/80 mmHg. Glicose pós- prandial: 120 mg/dl. Orienta importância de cumprir com o tratamento certo nos horários certos. Muito importante a dieta pobre em gorduras e baixa de sal. Ingerir frutas e vegetais. Cuidado dos pés (secar bem entre os dedos dos pés depois do banho, o corte reto das unhas e manter limpas e não caminhar descalço). Estar alerta para sinais de infecção (vermelhidão, calor, dor ou sinais de micose). Assistir as consultas agendadas pelo médico para avaliação periódica. Para lograr a estabilidade no estado de saúde do paciente foi importante a inserção de outros profissionais de saúde especialmente nutricionista, oftalmologista, assistente social e psicólogo para avaliação e acompanhamento integral de José.

A Hipertensão Arterial é Diabetes Mellitus são fatores de risco para o desenvolvimento de complicações cerebrovasculares, cardiovasculares, renais e visuais. Sendo o objetivo do tratamento do paciente diabético tipo 2 com HAS reduzir o risco vascular global, tratando de evitar a aparição de complicações, o enfoque terapêutico não deve estar dirigido só no tratamento medicamentoso, mas sim a uma abordagem integral do paciente.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Hoje em dia a Atenção Primária em Saúde tem como objetivo realizar um atendimento de qualidade e integral ao paciente, para isto precisamos, primeiro de profissionais comprometidos, capacitados e principalmente especializados em saúde da família. Essa especialidade tem como objetivo atuar na base fundamental da sociedade “a família” e as comunidades, desempenhando uma medicina de caráter preventivo, com o apoio do governo e o trabalho dos profissionais com interesse comum de elevar a qualidade de vida da população.

O curso de especialização foi bem interessante, pois tive a oportunidade de realizar uma pós-graduação através de uma plataforma digital, em uma língua diferente da minha língua nativa, compartilhando com colegas de diferentes nacionalidades e com orientadores à distância. Aprendi sobre a história das políticas de saúde pública no Brasil, suas leis, evolução e desenvolvimento para alcançar uma melhor organização e inter-relação entre os diferentes níveis de atenção, foi ótimo, dando prioridade aos princípios doutrinários de equidade, universalidade, hierarquização, integralidade, participação popular e descentralização da política administrativa.

Aprendi sobre o Sistema Único de Saúde, sua criação, evolução e estruturação, bem como seus princípios, diretrizes, legislação e financiamento. Conheci os diferentes Modelos de Atenção à Saúde no Brasil e no mundo, as potencialidades e fragilidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) que constituem a porta de entrada dos pacientes para o sistema de saúde, fornecem um atendimento abrangente e contínuo, em seu papel coordenador e de articulação com as redes de cuidados e suporte e assumindo a responsabilidade com a referência e contra referência, garante o acompanhamento contínuo de cada caso, assim como sua interação com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e das Redes de Atenção, foi essencial para resolver conjuntamente parte dos problemas encontrados no nosso dia a dia. O papel principal dos Conselhos Municipais de Saúde na solução de problemas, principalmente no atendimento de mulheres, crianças, idosos, grávidas, adolescentes, etc.

Com o conhecimento sobre o e-SUS ferramenta muito bem estruturada para melhorar a qualidade das consultas na atenção primária e facilitar o acompanhamento médico e dos demais profissionais da saúde em geral, assim como os trabalhos de

produção, e investigação que possamos precisar fazer da comunidade e população. Com o uso da agenda compartilhada, conseguimos um melhor planejamento das ações de saúde que nos permite melhorar os indicadores durante este período tendo em conta o conhecimento dos determinantes da saúde em nossa área e a aplicação do método baseado em evidências, para oferecer cuidados de qualidade, e a aplicação de planos terapêuticos singulares para solução de problemas.

Na segunda etapa do curso gostei muito do estudo dos casos complexos, foi importante para aprender sobre diretrizes e mudanças como profissional em aperfeiçoamento, de minhas habilidades e condutas em relação ao acompanhamento de pacientes com doenças crônicas como Hipertensão Arterial, Saúde Mental e Diabetes Mellitus. Outra mudança para mim foi referente à gravidez, implantando um círculo de gestantes onde são desenvolvidos diversos temas pelos profissionais da unidade e agora como foco de intervenção aproveito as palestras e assim aumentar o conhecimento das gestantes na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, complicações na gravidez, através deste trabalhamos em equipe com a detecção precoce das situações de risco com humanização e boas práticas. Após o estudo do tema do atendimento domiciliar minha equipe está conseguindo elevar a qualidade e quantidade dos mesmos aumentando a resolutividade de nossa unidade de saúde e a satisfação da população.

A realização do portfólio foi uma experiência nova e bonita para mim, durante o desenvolvimento do mesmo foi necessário à revisão de temas atualizados de diferentes matérias das ciências médicas o qual certamente há contribuído a elevar meus conhecimentos e atualiza-los, além de poder fazer um estudo mais detalhado dos problemas da saúde em meu município e criar um projeto de intervenção verdadeiramente baseado num problema existente na comunidade como e a atenção ao pré-natal e puerpério o qual gostaria muito de poder desenvolver um dia.

Minha trajetória foi muito interessante melhorando a gramática do idioma português, assim como minhas habilidades e organização do trabalho, com bom desenvolvimento e aproveitamento dos conhecimentos. Foi muito gratificante conseguir alcançar as expectativas já que no início tive a sensação que seria difícil me incorporar à rotina da unidade, qualquer ação programática, inclusive não tinha ideia qual seria a ação programática a selecionar, mas a conversa e a troca de saberes contribuíram na compreensão e que o trabalho seja encaminhado ao objetivo fundamental que é melhorar o estado de saúde da população. Sinto-me realizada

como profissional, com as condições necessárias, em relação ao conhecimento, para implantar outras intervenções e melhorar a qualidade da atenção médica, promovendo maior satisfação dos usuários e impactando na saúde da comunidade. Mudou minha vida como profissional levando muito mais conhecimentos, boas experiências nas intervenções e um alto nível de responsabilidade, com bases sólidas desse processo de aprendizagem no curso, com as expectativas alcançadas e com o compromisso de aplicar na prática, onde eu estiver trabalhando, para assim elevar a qualidade da saúde pública na comunidade abrangente.

Acredito que durante estes meses de especialização não só eu cresci como profissional, também minha equipe ganha em conhecimentos porque sempre compartilho com eles as experiências e até em certo ponto comparamos um pouco a atuação e êxitos da saúde de nosso povo com os municípios de outros colegas do curso tomando suas experiências positivas como exemplo a desenvolver em nosso município, assim como as negativas porque até das coisas erradas a gente aprende algo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IBGE. Cidades Rio Grande do Sul. Crissiumal. Disponível em cidades.ibge.gov.br. Consultado em 3 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 318 p.

Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3Supl.3):1-83.

Lin JS, O'Connor EA, Evans CV, Senger CA, Rowland MG, Groom HC. Behavioral counseling to promote a healthy lifestyle for cardiovascular disease prevention in persons with cardiovascular risk factors: an updated systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US) 2014.

Zanchetti A, Thomopoulos C, Parati G. Randomized controlled trials of blood pressure lowering in hypertension: a critical reappraisal. *Circ Res*. 2015; 116(6): 1058- 73.

Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: Effects in patients at different levels of cardiovascular risk-overview and meta-analyses of randomized trials. *J Hypertens*. 2014; 32(12): 2305-14.

Wright JT Jr, Williamson JD, Whelton PK, Snyder JK, Sink KM, Rocco MV, et al; SPRINT Research Group. A Randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med*. 2015; 373(22): 2103-16.

IBGE. Censo 2010. Disponível em <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/>

Fagard RH. Physical activity, physical fitness and the incidence of hypertension. *J Hypertens*. 2005; 23(2): 265-7.

Dunn AL, Marcus BH, Kampert JB, Garcia ME, Kohl HW 3rd, Blair SN. Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardiorespiratory fitness: a randomized trial. *JAMA*. 1999; 281(4): 327-34.

Nobre F, Ribeiro AB, Mion D Jr. [Control of arterial pressure in patients undergoing anti-hypertensive treatment in Brazil: Controlar Brazil]. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 94(5): 663-70.

Yun M, Li S, Sun D, Ge S, Lai CC, Fernandez C, et al. Tobacco smoking strengthens the association of elevated blood pressure with arterial stiffness: the Bogalusa Heart Study. *J Hypertens*. 2015; 33(2): 266-74.

De Giusti M, Dito E, Pagliaro B, Burocchi S, Laurino FI, Tocci G, et al. A survey on blood pressure levels and hypertension control in a sample of the Italian general population. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2012; 19(3): 129-35

Pinho Nde A, Pierin AM. Hypertension control in brazilian publications. *Arq Bras Cardiol.* 2013;101(3):e65-73.

Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Mar 17; (3): CD005182.

World health organization Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/es/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Serviço de Saúde Comunitária do grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS Secretaria de Atenção à Saúde). Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal [. Brasília: Ministério da Saúde, 2006]

ALBUQUERQUE ABB; BOSI MLM. Visita domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad de Saúde Pública.* 2009

CUNHA, C.L.F; GAMA, M.E.A. A Visita Domiciliar no Âmbito da Atenção Primária em Saúde. Publicado In Malagutti, W(organizador). Assistência Domiciliar – atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

ANEXO: PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

ANISLEIDY ARGUELLES ALONSO

**MELHORIA DA SAÚDE DAS GESTANTES E PUÉRPERAS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DE FAMÍLIA 3 E 4 DO MUNICÍPIO DE CRISSIUMAL / RS.**

CRISSIUMAL

2018

1. INTRODUÇÃO

Crissiumal é um município do estado Rio Grande do Sul, conhecido como Cidade Gaúcha das Agroindústrias, localizado na mesorregião noroeste e na microrregião de Três Passos, com uma área de 363,106 km². O relevo apresenta-se desde suavemente ondulado, até fortemente ondulado e montanhoso mais para os territórios perto do Rio Uruguai. Tem um clima subtropical úmido onde se apresentam as quatro estações bem definidas. Tem uma população estimada de

14.233 habitantes, muito religiosa, sua maioria católica, descendentes de alemães e italianos. O setor primário da economia é a agricultura, com a soja como principal cultivo, setor secundário a pecuária e o terciário da economia relacionado a serviços. O sistema de saúde do município é formado por cinco ESF's, cada um com sua equipe de trabalho. Além disso, possui uma unidade de saúde que fica localizada no interior do município, onde são realizados atendimentos uma vez na semana. Possui duas clínicas privadas, além do Hospital de Caridade, que presta atendimentos de urgências e emergências, com 55 leitos para internação, além de servir de referência para os municípios da região quando se trata de traumatologia, estando capacitado para a realização de cirurgias gerais e partos. Quando se refere à distribuição de medicamentos, a cidade conta com o Programa de Farmácia Popular, além da assistência farmacêutica que é financiada pela Secretaria Municipal de Saúde, a qual está centralizada dentro de uma das ESF's, mas que serve de referência para todas. Quanto ao serviço de laboratório, o município tem três laboratórios clínicos e uma clínica de imagiologia, os quais são conveniados com a secretaria municipal de saúde e prestam serviços à população.

A ESF 3 e 4 está localizada acima do Hospital da Caridade, temos todos os usuários cadastrados em prontuários eletrônicos e a atualização deles é feita pelos agentes comunitários de saúde. Nossa unidade atende uma população de 4609 habitantes que moram na zona rural do município.

Um atendimento de qualidade no pré-natal pode desempenhar um papel importante na redução da mortalidade materna e infantil, além de evidenciar outros benefícios à saúde materna infantil. (ANVARSA, 2012). As altas taxas de morbimortalidade materna e infantil, ainda permanecem como um desafio a vencer, e a atenção qualificada no pré-natal pode contribuir significativamente na redução dessas taxas e promover uma maternidade segura. No entanto, o oferecimento de

uma atenção qualificada está na dependência do desempenho qualificado por parte dos profissionais que assistem mulheres na gestação.

PROBLEMA: Dificuldade no acompanhamento das gestantes e puérperas cadastrados na Estratégia de Saúde de Família 3 e 4 do município de Crissiumal / RS.

JUSTIFICATIVA: Mantemos um total de 20 gestantes e 2 puérperas, com acompanhamento na unidade, com uma porcentagem de 90% das consultas iniciadas no primeiro trimestre da gravidez. As consultas de pré-natal e puerpério são agendadas, sempre nas quintas feiras de manhã, de acordo como indica o Caderno de atenção básica do pré-natal (até 28ª semana – mensalmente; da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana – semanalmente). Oferece-se uma atenção diferenciada às gestantes e puérperas, onde se discute temas de interesse na sala de espera antes das consultas. (BRASIL, 2013).

Quando se refere à qualidade das consultas na unidade de saúde, ainda se encontram algumas dificuldades, pois é necessário que todas as gestantes da área de abrangência sejam cadastradas, mantendo o melhor controle das mesmas, além de que os profissionais que realizam o acolhimento às gestantes se aprofundem mais no atendimento do pré-natal de baixo risco.

As ações desenvolvidas na unidade de saúde são: sinais vitais e sintomas, estímulo ao aleitamento materno, preparo adequado das mamas, avaliação do estado nutricional e o ganho de peso, orientação alimentar, prescrição de suplementos vitamínicos, postura, conforto, sono, repouso, sexualidade, cuidados sobre saúde bucal, preparo para o parto, aspectos psicológicos da família da mulher grávida e puérpera, calendário de vacinas e exames complementares, teste do pezinho depois de nascido o bebê, e outros temas, como o padrão contrátil normal, exame citopatológico, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, práticas de atividade física, visitas domiciliares, palestras e temas de interesse que esclareçam as dúvidas, além das queixas que as gestantes possuem durante o período do pré-natal. Possuímos na ESF uma sala de vacina, onde trabalha uma técnica de enfermagem que oferece atendimento às gestantes e puérperas (população do meu foco de investigação). Além disso, um médico que garante os atendimentos ao grupo em estudo, uma nutricionista, uma psicóloga, uma dentista, uma assistente social, e uma técnica de enfermagem que realiza a triagem. Os locais de atendimentos estão

disponibilizados com informatização, climatização, equipamentos básicos, carteirinhas para gestantes, prontuários e normas do Ministério da Saúde para o tratamento das gestantes e puérperas.

Temos limitações, por exemplo: na minha unidade tem áreas desprovidas de ACS, as gestantes e puérperas moram longe da unidade de saúde, tendo que percorrer quase 20 km para realizar o acompanhamento médico, o que dificulta a nossa pesquisa de busca ativa de novas gestantes e acompanhamento. Não é de costume fazer visitas domiciliares às gestantes e puérperas para conhecer o modo de vida destas e atuar sobre os fatores de risco modificáveis; além de não realizar a captação da puérpera na primeira semana, o que facilita que muitas mulheres acabam não recebendo atendimento durante o puerpério. A enfermagem não realiza consulta de pré-natal, todas são feitas somente pelo médico. Os cirurgiões-dentistas não acompanham as mulheres durante a gestação. Não temos na unidade de saúde teste rápido para gravidez, sífilis e HIV há mais ou menos oito meses.

Penso que com o projeto de intervenção que vai ser desenvolvido na unidade de saúde, todos os profissionais estarão inseridos e juntos trabalharemos para realizar um melhor atendimento às gestantes e puérperas, sendo um trabalho mais humanizado e qualificado, além de focar na melhora dos indicadores de saúde de mortalidade materno-infantil e de doenças que podem ser previsíveis no período fetal.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Qualificar a atenção à saúde das gestantes e puérperas, na ESF 3 e 4, no município de Crissiumal/RS.

2.2 Objetivos Específicos

- Ampliar a cobertura de atendimento das gestantes e puérperas.
- Melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizado na ESF.
- Realizar busca ativa de 100% das gestantes faltantes às consultas de pré-natal e puerpério.
- Melhorar o registro do programa do pré-natal.
- Realizar avaliação de risco das gestantes.
- Promover a saúde no pré-natal e puerpério.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A gravidez é uma experiência de vital importância na vida da mulher e de sua família. Durante toda a gestação, ocorrem alterações fisiológicas que envolvem todos os sistemas orgânicos, gerando expectativas, emoções, ansiedades, medos e descobertas, exigindo um profundo conhecimento sobre todas as alterações ocorridas neste período para que, assim, seja oferecida uma adequada assistência à saúde da gestante. Neste contexto, a assistência ao pré-natal constitui em cuidados, condutas e procedimentos em favor da mulher grávida e do concepto. Esta atenção caracteriza-se desde a concepção até o início do trabalho de parto, de forma preventiva e tendo também como objetivos identificar, tratar ou controlar patologias; prevenir complicações na gestação e parto; assegurar a boa saúde materna; promover bom desenvolvimento fetal; reduzir os índices de morbimortalidade materna e fetal e preparar o casal para o exercício da paternidade. (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO. 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS): A atenção ao pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco. (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO. 2009).

A assistência pré-natal adequada (componente pré-natal), com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar (sistema de regulação – “Vaga sempre para gestantes e bebês”, regula o dos leitos obstétricos, plano de vinculação da gestante à maternidade), além da qualificação da assistência ao parto (componente de parto e nascimento – humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, boas práticas, acolhimento com classificação de risco – ACCR), são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal. Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, a qualificação dos profissionais de saúde ainda é um desafio, sobretudo no que diz respeito ao processo do cuidado, ao acesso a exames e aos seus

resultados em tempo oportuno. O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal (grau de recomendação B). Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos (grau de recomendação B). Se o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a seis. Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos (grau de recomendação A). Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos (grau de recomendação A). As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (grau de recomendação D). Não existe alta do pré-natal. (BRASIL, 2013)

O Brasil tem registrado redução na mortalidade materna desde 1990. Naquele ano, a razão de mortalidade materna (RMM) corrigida era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV), enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos por 100 mil NV, o que representa uma diminuição de aproximadamente a metade. (BRASIL, 2013).

Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) 16; até então, não havia um modelo que normatizasse a assistência às gestantes no Brasil. Esse programa estabeleceu não apenas o número de consultas e a idade gestacional de ingresso, mas elencou, também, exames laboratoriais e ações de educação em saúde, e trouxe a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, em conformidade com os modelos empregados em todo o mundo. (ANVARSA, 2012).

A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. (BRASIL, 2005). Caso o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros três dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-

natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar.

Objetivos: Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido. Orientar e apoiar a família para a amamentação. Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido. Avaliar interação da mãe com o recém-nascido. Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las. Orientar o planejamento familiar.

Uma vez que boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontece na primeira semana após o parto, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde deve acontecer logo nesse período.

Os profissionais e os serviços devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e o recém-nascido na primeira semana após o parto. (BRASIL, 2005).

4. METODOLOGIA

Para realizar a intervenção no programa de pré-natal, vamos adotar os Cadernos de Atenção Básica de Pré-natal do Ministério da Saúde, do ano de 2013 (BRASIL, 2013). Utilizaremos o prontuário individual do paciente, o qual prevê a coleta de informações sobre o acompanhamento de saúde bucal e dados relativos à classificação do risco de cada uma das pacientes gestantes e puérperas. Estimamos alcançar com a intervenção 100% das gestantes e puérperas de nossa área de abrangência.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira com ajuda da técnica de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, farão um livro de registro identificando todas as pacientes que vieram ao serviço para consulta de acompanhamento nos últimos quatro meses. Localizarão os prontuários destas pacientes e realizarão o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas e exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Começaremos a intervenção com a capacitação da equipe sobre os cadernos de atenção básica de atendimento ao pré-natal, para que cada um dos integrantes da equipe utilize esta referência na atenção as gestantes e puérperas. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada uma hora nas quartas-feiras, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte dos cadernos e explicará o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento das gestantes, puérperas e mulheres com atraso menstrual, que buscarem o serviço serão feitas pela técnica de enfermagem. Gestantes e puérperas com manifestações clínicas de doenças agudas serão atendidas no mesmo turno para ampliar a captação precoce e prevenir morbimortalidade, assim como as gestantes, puérperas e mulheres com atraso menstrual com problemas agudos também serão atendidas no mesmo turno com caráter prioritário para agilizar o tratamento de intercorrências.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes das diferentes micro- áreas de nossa comunidade e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância de: ampliar a cobertura de atendimento a gestantes e puérperas, melhorar a qualidade da atenção das mesmas e sua adesão ao programa, identificar as gestantes que tem risco para doenças e promover a saúde deste grupo

tão vulnerável. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de gestantes e puérperas e sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente, a enfermeira examinará os prontuários das gestantes e das puérperas, identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos ou laboratoriais em atraso. Os agentes comunitários de saúde farão busca ativa de todas as pacientes em atraso menstrual e as puérperas. Ao fazer a busca já será agendada a paciente para um horário de consulta de pré-natal ou puerpério conforme protocolos de atendimento.

5. CRONOGRAMA

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala para realização de grupos.
- Balança.
- Esfignomanômetros.
- Fita métrica.
- Sonar.
- Laboratórios para realização de exames laboratoriais.
- Equipamento de multimídia.
- Caneta.
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades.
- Profissional Médico, Enfermeiro, Téc. /Aux. de enfermagem, ACS.
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Ao final desta intervenção espera-se qualificar a atenção à saúde das gestantes e puérperas, na ESF 3 e 4 do município de Crissiumal/RS.

Cobertura de 100% das gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal da unidade de saúde, com o ingresso no primeiro trimestre de gestação e exames laboratoriais de acordo com protocolo. Prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico e vacina antitetânica e contra hepatite B em dia. Atendimento odontológico em 100% das gestantes durante o pré-natal.

Atendimento a 100% das mulheres cadastradas no programa de Pré-Natal e Puerpério da Unidade de Saúde, consulta puerperal antes dos 42 dias após o parto, com exame ginecológico e prescrição de uns dos métodos de anticoncepção.

REFERÊNCIAS

Anversa. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(4): 789-800, abril, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico]. 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de ações programáticas estratégicas. Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada manual técnico Série A. Normas e manuais técnicos direitos sexuais e direitos reprodutivos - Caderno nº 5 Brasília – DF, 2005.

Rodrigues EM, Nascimento RG, Alisson Araújo A. Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 45, núm. 5, pp. 1041-1047, outubro, 2011.